FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

ANNÉE 1922 N° 49

DES

LÉSIONS DES ONGLES

DANS

L'ECZÉMA, LE PSORIASIS ET LES DERMITES ARTIFICIELLES

DE CAUSE EXTERNE

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

LÉON MAUREL

Président : M. VEDEL

MULHOUSE
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE
5, Boulevard Maréchal-Pétain, 5
1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0017

Des Lésions des Ongles
dans l'eczéma, le psoriasis et les dermites artificielles de cause externe

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs :

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, doyen.
Botanique et Histoire Naturelle médicale	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, assesseur.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honororiat :

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT.
Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de cours complémentaires :

Anatomie	MM. GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL F.

Agrégés en exercice :

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements.	DELMAS (P.).
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Anatomie	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT.	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse :

MM. VEDEL, prof., **Président.**	MM. GAUSSEL, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

ANNÉE 1922 N° 49

DES

LÉSIONS DES ONGLES

DANS

L'ECZÉMA, LE PSORIASIS ET LES DERMITES ARTIFICIELLES

DE CAUSE EXTERNE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

LÉON MAUREL

Président : M. VEDEL

MULHOUSE
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE
5, Boulevard Maréchal-Pétain, 5
1922

A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR ANATOLE MAUREL

A M. Le Docteur Georges THIBIERGE
Médecin honoraire de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MON PRESIDENT
M. Le Professeur VEDEL

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ECOLE DE MEDECINE DE MARSEILLE

INTRODUCTION

Les maladies des ongles ne laissent pas d'embarrasser fréquemment le médecin. Lorsque l'affection s'accompagne d'altérations de la peau vague dont le diagnostic est habituellement plus facile, tout doute est levé et on rattache naturellement les troubles de l'ongle à la même cause; mais l'onychopathie se présente-t-elle comme une affection primitive, l'hésitation commence. Si on croit pouvoir porter un diagnostic, on le fera avec les plus grandes réserves, mais très souvent on sera obligé de s'abstenir et on attendra qu'une éruption cutanée donne la clé du problème. Cette prudence, parfaitement légitime, montre combien on est encore peu fixé sur la symptomatologie des affections des ongles. C'est, en effet, un chapitre de la pathologie qui est loin d'être complètement débrouillé. Les travaux anciens, l'ouvrage d'Ancel, en particulier, ont plutôt posé la question qu'ils ne l'ont résolue. Du fait de généralisations trop hâtives, beaucoup de descriptions ou bien manquent de précision ou bien sont complètement inexactes.

L'ouvrage de Heller, il est vrai, a rectifié beaucoup d'erreurs et précisé bien des points de la pathologie unguéale, mais le souci de l'auteur de rapporter toutes les opinions et sa prudence à tirer une conclusion personnelle, font que la

question, éclaircie dans son ensemble, est loin d'être fixée dans ses détails.

Parmi les lésions des ongles, celles qui sont produites par l'eczéma, le psoriasis et les dermites artificielles seraient, après les onychomycoses, les mieux connues, ou du moins les plus souvent observées. Ici, la coexistence de lésions cutanées permet un diagnostic certain. Pourtant, si on se reporte aux descriptions données par les différents auteurs, on est obligé de constater que la question est loin d'être parfaitement claire; on trouve une telle quantité de symptômes qu'on s'y perd un peu. Quelles sont les altérations spécifiques? Quelles sont celles qui sont banales? Quelle signification faut-il donner aux unes et aux autres? Autant de questions auxquelles il nous a paru utile de chercher une réponse.

C'est proprement le but que nous nous sommes proposé ici : analyser aussi méthodiquement que possible les altérations unguéales que nous aurons trouvées décrites ou que nous aurons observées nous-mêmes dans l'eczéma, le psoriasis et les dermites artificielles, de façon à établir dans quelle mesure on peut caractériser chacune de ces onychopathies. C'est dire qu'on ne trouvera pas ici une étude détaillée de chacune de celles-ci; notre but, on le voit, est plus limité et plus précis.

Nous serons particulièrement bref, dans le chapitre de l'eczéma, sur tout ce qui ne touche pas immédiatement à notre sujet, pour ne pas avoir à redire ce que Levrier a fort bien exposé dans sa thèse. Nous laisserons de côté également la question de l'anatomie pathologique des affections dont nous nous occupons. Malgré les recherches de Suchard, la

question ne paraît pas au point et, du reste, la biopsie, si utile parfois dans les affections de la peau vague, n'apporterait aux ongles qu'une mutilation pire que le mal.

Nous devons, avant d'aborder notre sujet, dire quelques mots d'une question qui n'est pas sans importance dans l'étude que nous avons faite. C'est celle des rapports de l'eczéma et des dermites artificielles. Jusqu'à ces derniers temps, on rangeait dans le cadre de l'eczéma la plupart des dermites artificielles. Notre maître, le Docteur Thibierge, a toujours protesté contre pareille confusion; la distinction qu'il faut faire ici n'est pas une question de pure théorie; elle est éminemment pratique : en effet, quelque traitement qu'on institue pour une dermite artificielle, il sera parfaitement vain si l'on n'arrive à dépister et à supprimer la cause de l'irritation. Donc, contrairement à Heller, par exemple, qui range dans l'eczéma unguéal les altérations de ces phanères qui relèvent d'irritations de cause externe, nous les en séparerons au contraire, les mettant dans le chapitre des dermites artificielles. Cela ne signifie pas que la classification soit toujours facile. La réaction eczémateuse de la peau étant le plus souvent sous la dépendance de deux éléments, le terrain et l'irritation externe, il est parfois malaisé de décider quelle part revient à chacun d'eux. Ceci explique que nous ayons rangé parmi les eczémas des observations qui peuvent être aussi justement considérées comme des dermites.

Si on nous objecte que les lésions unguéales des dermites professionnelles sont celles de l'eczéma, nous répondrons que c'est en effet ce qui arrive fréquemment, mais non toujours, car des complications infectieuses fréquentes

leur impriment des caractères spéciaux. La distinction que nous faisons paraîtra donc logique et justifiée.

Il nous reste à exprimer ici toute notre gratitude à notre maître, le Docteur Thibierge, pour l'extrême obligeance qu'il a mise à nous faciliter notre travail; toutes les observations que nous publions, sauf indication spéciale, ont été prises dans son service de l'hopital Saint-Louis; mais ce que nous ne saurions dire, c'est la bienveillance avec laquelle il a toujours mis à notre disposition l'aide de sa haute compétence et de ses conseils. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Nous devons aussi nos remerciements à M. le professeur Jeanselme ainsi qu'à MM. Brocq et Lortat Jacob, qui nous ont autorisé à prendre d'intéressantes observations dans leur service de l'hôpital Saint-Louis. Que M. le professeur Petges ainsi que MM. Gastou, Cottenot et Boutelier qui nous ont donné d'utiles renseignements soient également remerciés. M. le Dr. Brodier nous a très obligeamment facilité nos recherches à la bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis; nous lui en sommes vivement reconnaissant.

Disons enfin à M. le professeur Vedel combien nous apprécions le grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

ANATOMIE ET HISTOLOGIE DE L'ONGLE

Au début de ce travail nous ne croyons pas inutile de rappeler brièvement la structure de l'ongle, telle qu'elle apparaît à la lumière des derniers travaux qui ont été faits sur ce sujet. Les altérations pathologiques que nous allons étudier paraîtront simplifiées et leur pathogénie en sera éclaircie.

Une excellente définition de l'ongle a été donnée par Darier, dans la *Pratique dermatologique:* « L'ongle, dit-il, est une formation cornée, résultant de l'invagination oblique de l'épithélium embryonnaire ». Il va sans dire, qu'au point de vue anatomique, nous comprenons par ongle non seulement la lame cornée, mais son appareil formateur.

La lame, encore appelée limbe unguéal, comprend le corps de l'ongle qui, par sa face concave repose sur le lit, et sa racine qui s'enfonce sous le repli sus-unguéal. La lame unguéale a normalement une forme légèrement convexe dans le sens longitudinal aussi bien que dans le sens transversal. Son épaisseur (400 Microns) est sensiblement uniforme dans toute son étendue, sauf vers son extrémité radiculaire, dans sa portion en contact avec la matrice où elle s'effile en biseau aux dépens de sa face inférieure. Elle est recouverte en arrière par le repli sus-unguéal ; sur les côtés, ses bords sont légèrement engagés dans les rainures latérales; en bas, son extrémité est libre et au-dessous est la rainure sous-unguéale.

Normalement, l'ongle a une surface polie ; sa transparence laisse voir le lit de coloration rosée, et, en avant du repli sus-unguéal, une surface opaline, limitée par un arc de cercle à convexité inférieure qui est la lunule.

L'appareil annexe de l'ongle est constitué par une surface ovalaire sur laquelle repose la lame. C'est le lit de l'ongle dont la partie postérieure, la lunule, et la région radiculaire portent le nom de matrice en raison de la part prépondérante qu'elles prennent dans la formation de la lame. Sur les côtés, sont les rainures latérales et, en arrière, le repli sus-unguéal, ou manteau.

Au point de vue histologique, nous allons examiner successivement, en allant d'arrière en avant, ces différentes formations. Le repli sus-unguéal ne présente rien de particulier sauf que le derme de la portion en contact avec l'ongle ne présente pas de papilles. Puis la peau se réfléchit de nouveau et dès le fond de ce cul-de-sac elle présente une structure nouvelle. Sur une coupe longitudinale comprenant l'ensemble de l'ongle, on remarque d'abord que le derme sur lequel repose l'ongle ne présente pas de véritables papilles, mais des crêtes longitudinales qu'on ne voit qu'en coupes transversales. Le corps muqueux de Malpighi apparaît beaucoup plus épais dans la région de la lunule que dans celle du lit: tandis qu'on peut compter dans la première zone 15 à 20 assises cellulaires, on en trouve que six à huit dans la seconde. Il y a une couche basilaire dont les cellules au noyau ovoïde sont orientées dans la matrice de haut en bas et d'arrière en avant. Sur le lit elle sont au contraire orientées normalement au plan de l'ongle. Dans le tiers moyen les cellules malpighiennes sont polyhédriques, puis s'aplatissent progressivement à mesure qu'on se rapproche davantage de la surface. Vers le tiers superficiel, les cellules considérablement aplaties présentent un noyau discoïde et un cytoplasme qui se colore fortement par l'éosine et l'hématoxyline au fer.

Les grains colorés que l'on observe dans les cellules ont été considérés longtemps comme une substance onychogène spéciale. Brunn a montré qu'il s'agit là de fibrilles très fines disposées horizontalement et vues en coupe. Ces fibrilles sont beaucoup plus abondantes dans la région de la racine et dans celle de la lunule, et c'est ce qui donne à celle-ci son aspect opalin caractéristique.

Au-dessus de cette zone d'aspect granuleux, les cellules se kératinisent brusquement et prennent un aspect homogène tout en conservant leur noyau. Ces cellules très aplaties constituent le limbe unguéal. Elles sont très solidement unies les unes aux autres et il faut un séjour prolongé dans une solution de potasse pour les dissocier. En coupe, la lame unguéale n'est pas homogène et présente à la surface des cellules plus lamelleuses que dans la profondeur.

Branca a précisé récemment la structure de la lame et son mode d'accroissement. Le lit et la région matricielle coopèrent au développement de l'ongle. La zône radiculaire ainsi que le fond du repli sus-unguéal forment la partie superficielle de l'ongle constituée de cellules finement lamelleuses. Le lit fournit sur toute son étendue des cellules notablement plus épaisses, qui constituent la table profonde de l'ongle. La croissance de l'ongle pour la région radiculaire se fait parallèlement à l'axe du doigt, elle se fait normalement à celui-ci dans la région du lit. A l'objection que l'ongle, dans ces conditions, devrait augmenter d'épaisseur d'arrière en avant (ce qui n'est pas), Branca répond que cette augmentation d'épaisseur est compensée par l'usure, et montre que l'ongle à partie terminale est presque entièrement, constitué de cellules épaisses provenant du lit et de la partie

à retenir de la lunule. Ces considérations ont leur importance et la constatation de caractères physiologiques distincts dans la région de la racine et dans celle du lit dont nous faire valoir plus haut et déjà que leur réaction vis-à-vis de la maladie sera bien différente par les altérations que celle-ci apportera à l'ongle. En effet, la région du fond du repli sus-unguéal formée, nous l'avons vu, les assises les plus superficielles de la lame ; les altérations de surface témoigneront donc de troubles de la région marginale postérieure de la matrice. L'ongle est-il altéré dans son épaisseur même, c'est sur la matrice, dans ce cas, que porte l'inflammation. Enfin l'état pathologique du lit se manifestera par des modifications de la face inférieure de l'ongle : hyperkératose, décollement, etc.

Il faut se presser que, lorsqu'on parle de psoriasis ou d'eczéma de l'ongle, on veut en réalité parler de la maladie de l'appareil unguéal du phanère, l'ongle n'est en réalité qu'un tissu kératinisé terminal sur lequel se sont inscrites les altérations dues à l'état pathologique de la matrice. Aussi les lésions dites unguéales sont-elles, le plus souvent, ainsi que nous le verrons par la suite, le résultat d'altérations sus-unguéales de la zone matricielle.

Il est intéressant de connaître la vitesse de croissance des ongles à l'état normal. Elle serait, d'après Branca, de 3 millimètres aux mains et de 1 à 2 aux pieds. D'après Beclard, les ongles pousseraient de leur longueur tous les 70 jours, tous les 90 jours d'après Sappey ; mais ces chiffres doivent varier naturellement suivant les doigts considérés. De plus, Beau a fait remarquer qu'ils étaient inférieurs à la réalité. Il faut compter environ 4 mois pour qu'une modification de la surface de l'ongle parcoure toute sa longueur.

PREMIÈRE PARTIE

ECZÉMA

LA DESCRIPTION DE L'ECZEMA UNGUEAL CHEZ LES AUTEURS

On devine quel obstacle on rencontre immédiatement à aborder pareille matière ; c'est celui qui tient à la difficulté de rendre avec des mots des détails de lésions situées sur une surface aussi exiguë que celle de l'ongle et dont la plupart ne laissent pas d'être assez subtiles. Tâchons cependant d'en venir à bout et voyons comment on a décrit ces lésions sus-unguéales de l'eczéma depuis qu'on s'est occupé de la question.

Dans les observations anciennes de Rayer, de Ancel et de de La Harpe, ainsi que dans celle de Bazin, il existe une certaine similitude des descriptions. On y voit l'ongle soulevé par une hyperkératose de plus en plus abondante et débutant par le bord libre ; cette substance néoformée est dure, fissurée et brune. L'ongle lui-même perd sa transparence, présente des cannelures longitudinales et s'écaille à son extrémité. Lorsque les lésions sont plus avancées, la lame superficielle s'effrite et disparaît et il ne reste plus qu'une

masse brune d'aspect irrégulier et d'épaisseur variable qui n'a plus aucune analogie avec le phanère normal.

Avec Levrier, la question s'élargit singulièrement. Il montre combien la symptomatologie de l'eczéma unguéal est complexe, si bien qu'il semble qu'il n'y ait pas deux observations semblables. Il décrit un eczéma débutant non plus par le bord libre mais par la racine. Il signale les ponctuations sur la surface de l'ongle et montre qu'elles sont précédées de petites élevures blanchâtres. Il parle aussi de sillons transversaux et d'ondulations de même direction. Deux fois, il a noté dans la région lunulaire de petites taches hyalines qui ne seraient autres que des vésicules du corps muqueux du lit ; plus tard, les lésions évoluant, l'ongle devient gris opaque, se strie dans le sens de la longueur et son bord antérieur s'exfolie .

En 1900, Heller, reprenant la question, essaie une classification. Il distingue l'eczéma aigu et l'eczéma chronique ; dans le premier cas, il note du peri-onyxis, avec douleur et œdème des bourrelets supérieurs et latéraux de l'ongle ; celui-ci se décolle du lit à la suite du suintement abondant qui se produit. Dans l'eczéma vésiculo-papuleux ce sont, pour lui, les ponctuations de la surface de l'ongle qui prédominent ; elles sont, à son avis, moins nombreuses et moins profondes que dans le psoriasis. Heller signale également un eczéma en plaques limitées du lit ; il se formerait, le plus souvent au voisinage des bords du lit, des taches pouvant, suivant le cas, suinter ou desquamer. Une autre forme, décrite par Heller, est celle de l'eczéma diffus subaigu et chronique. C'est dans ce cas que les lésions seraient le plus nombreuses et le plus variées. Ce sont d'abord les ondula-

tions et bosselures que l'auteur attribue au gonflement du lit sur lequel se mouleraît l'ongle, puis l'hyperkératose du lit. L'ongle, se détachant du lit, deviendrait opaque et paraîtrait plus épais du fait de l'hyperkératose. Si l'ongle tombe, ces masses cornées peuvent donner l'impression d'un ongle. Heller note que, dans certains cas, toute sécrétion unguéale peut être arrêtée. Il se forme un sillon transversal vers la matrice et l'ongle tombe. Celui-ci peut ne pas repousser et être remplacé par une simple couche épidermisée. L'auteur rattache également à l'eczéma des ongles un cas d'hyperkératose friable sous-unguéale, communiqué par Hebra, et dans lequel il n'y avait pas de mycose.

Dans son *Handbuch der Hautkrankheiten,* Mraceck consacre quelques pages à l'eczéma des ongles. Dans l'eczéma du lit, il montre la production de masses cornées débutant par les bords antérieurs et latéraux et pouvant gagner la totalité du lit. Cette hyperkératose est dure, de coloration noirâtre et sèche. Dans l'eczéma de l'ongle lui-même les lésions se déplacent en avant. Il distingue une forme suintante et une forme sèche. Dans la première, le péri-ongle est enflammé et la lame devient jaunâtre ou brunâtre, déprimée dans la région de la lunule et, au contraire, épaissie et squameuse en avant. dans la forme sèche il y aurait surtout des ponctuations de surface, des stries longitudinales et l'ongle entier deviendrait un peu épaissi et rugueux en même temps qu'il prendrait une coloration jaunâtre.

Dubreuilh et Frèche, en 1901, décrivent, avec beaucoup de clarté et d'ordre, les lésions de l'ongle dans l'eczéma. Ils distinguent l'eczéma sus-unguéal et l'eczéma du lit. Dans

l'eczéma aigu ils notent le gonflement et la rougeur du péri-ongle ainsi que la possibilité du décollement et de la chute des ongles. Dans l'eczéma sus-unguéal, les lésions qu'ils décrivent sont : les sillons transversaux, les ondulations, les ponctuations précédées de petites élevures mamillaires. Lorsque l'eczéma envahit la lunule, se montrent des taches hyalines qui sont considérées comme des vésicules vues par transparence à travers la lame. Les auteurs notent aussi la présence possible de flammèches hémorragiques en spécifiant que ce sont là des symptômes rares. Si le processus envahit davantage la région matricielle, les lésions deviennent plus intenses. L'ongle devient opaque, gris et dépoli, il devient rugueux et sujet à s'écailler. En dernier lieu, il se fissure dans le sens de la longueur ; les fissurations pouvant atteindre tout ou partie de l'épaisseur de la lame. L'eczéma du lit, s'il est aigu, décolle la lame qui peut tomber. Elle peut aussi rester simplement détachée du lit et tenir solidement par sa racine. La lame, ramollie par le suintement, peut se déformer et même subir des pertes de substance. Si l'eczéma est chronique, l'hyperkératose apparaît ; Dubreuilh l'a vue, ou bien lamelleuse et relativement friable, bien qu'adhérente au lit, mais le plus souvent dure, cornée et de coloration noirâtre. Cette hyperkératose, par sa répartition, donne à l'ongle qu'elle soulève les formes les plus variées. Parfois même celui-ci, très altéré, s'écaille et disparaît.

La place un peu secondaire que tient la pathologie des ongles en dermatologie fait que les auteurs ne consacrent en général que quelques lignes à l'eczéma unguéal dans les traités spéciaux. Voyons pourtant comment la question

est présentée dans quelques ouvrages de dermatologie. Dans la *Pratique dermatologique,* Besnier, à l'article eczéma, a divisé ainsi les faits : 1° Eczéma du péri-ongle et de l'ongle ; 2° Eczéma unguéal chez un sujet ayant un eczéma d'une autre partie du corps ; 3° Dystrophie unguéale chez les eczémateux.

Dans les deux premières catégories, voici la liste des altérations qu'il juge possible : dépoli, rugosité, ponctuations ; effritement gras, effritement fibrillaire en moelle de jonc, décollement, atrophie, chute complète.

Besnier note que ces eczémas seraient souvent secondairement infectés. Sous le titre de « Dystrophie unguéale chez les eczémateux » Besnier confirme l'existence des ponctuations et stries unguéales qu'on peut observer chez les eczémateux indemnes pour le moment de tout eczéma.

Dans son ouvrage *La dermatologie topographique,* Sabouraud distingue l'eczéma péri-unguéal dans lequel les ongles sont altérés et qui sont le plus souvent des dermites professionnelles, un eczéma du bout des doigts et des orteils qui est le plus souvent kératosique et enfin l'eczéma unguéal qui n'est qu'un épisode dans un eczéma plus ou moins généralisé. Il ne donne, pour ainsi dire, aucune description objective des lésions.

Brocq, dans son *Traité de Dermatologie pratique,* divise les eczémas des ongles en eczéma secondaire à un eczéma des mains et en eczéma primitif. L'eczéma secondaire serait caractérisé par les sillons transversaux. Les ponctuations et les striations longitudinales ne seraient que des dystrophies conformément à l'opinion de Besnier. L'eczéma primitif se présenterait sous deux formes : une forme suintante et une

forme sèche. La forme suintante caractérisée par le périonyxis, le décollement de l'ongle avec épaississement du lit qui devient rugueux et irrégulier. Dans la forme sèche il n'y a aucune réaction inflammatoire, l'ongle devient sec, rugueux, épaissi ; il peut être soulevé par des productions épidermiques abondantes, il est terne, strié, déformé.

Nous arrêterons là notre revue des altérations susceptibles, d'après les divers auteurs, de déformer l'ongle eczémateux. Elle n'aura pas été inutile pour montrer l'extrême variété de ces modifications. D'ores et déjà nous pouvons tirer une première conclusion, c'est que l'eczéma unguéal a une symptomatologie très variée et polymorphe et non exempte, il faut l'avouer, d'une certaine confusion.

Notre travail dans le chapitre qui va suivre consistera à classer ces lésions avec la plus grande clarté possible en nous référant à nos observations personnelles et à celles qui ont été publiées antérieurement et dans lesquelles le diagnostic d'eczéma ne fait pas de doute.

Analyse méthodique des lésions des ongles dans l'eczéma.

Les altérations unguéales dans l'eczéma, sont, comme nous venons de le voir, essentiellement polymorphes, mais le hasard des observations qui permet de retrouver en série telle ou telle modification, a souvent donné aux auteurs la tentation d'en faire un caractère spécifique de la maladie. Bazin et Vidal ont attribué ce privilège aux striations et cannelures longitudinales, tandis que le psoriasis seul aurait présenté des sillons transversaux. On a dû revenir rapidement de cette opinion. D'autres symptômes comme les ponctuations ont eu, peu après, le même sort. Peu à peu, devant la multiplicité des altérations, on a abandonné tout essai de classification et il en est résulté, il faut bien le dire, une assez grande confusion.

Comment présenter la question pour lui donner le maximum de clarté et de logique, sans laquelle il est impossible de s'entendre? Nous pensons que cela n'est possible qu'autant qu'on se fait une idée nette de la pathogénie de ces altérations. Cette notion acquise sera valable, non seulement pour l'eczéma, mais pour toutes les maladies qui dérivent d'une atteinte du derme unguéal. Pour cela il suffit d'avoir présent à l'esprit, d'une façon précise, l'anatomie et le mode de croissance de l'ongle sain. Nous savons que la lame unguéale est formée en majeure partie par la matrice, c'est-à-

dire la région radiculaire et, à un moindre degré, par la lunule ; nous savons aussi que le lit coopère dans une mesure qui n'est pas négligeable à la formation de l'ongle par un apport corné qui compense dans la profondeur l'usure de la surface. Il faut préciser encore que la surface de la lame est formée par la région du fond du repli sus-unguéal et que ses parties les plus profondes sont fournies par les zones les plus antérieures de la matrice. Disons enfin, pour l'intelligence des faits que nous allons étudier, que, si la matrice fait croître l'ongle dans le sens de l'axe du doigt, le lit au contraire keratinise ses cellules dans une direction normale à sa surface. Il suit de ce qui précède :

1° que les lésions du bord extrême et supérieur de la matrice (région du fond du repli sus-unguéal) produiront des altérations de la surface de la lame, qui progresseront avec sa croissance.

2° que, si les lésions portent sur la matrice elle-même, les modifications occuperont le corps de l'ongle.

3° que, si le processus pathologique atteint le lit, la lame unguéale pourra être relativement saine et altérée seulement dans sa profondeur, qu'elle soit simplement décollée ou soulevée par l'hyperkératose.

Ces quelques notions ont l'avantage de permettre de « lire » plus facilement une maladie de l'ongle et de faire, sinon un diagnostic étiologique, au moins un diagnostic de siège. Nous verrons en effet, par la suite, que les différentes lésions élémentaires qui ont été décrites dépendent beaucoup moins de la maladie en cause que du point du système unguéal atteint.

Cela dit, il devient tout à fait logique de décrire les lésions de l'eczéma unguéal en les divisant en eczéma sus-unguéal, eczéma de la matrice, eczéma sous-unguéal.

Il va sans dire que cette classification, qui a pour elle la clarté, n'est pas absolument conforme à la clinique ; souvent l'eczéma atteint les différents points de l'appareil formateur de l'ongle et de ce fait les altérations sont complexes.

Eczéma sus-unguéal.

Dans l'eczéma sus-unguéal rentrent plusieurs lésions qui ont été décrites par Besnier sous le nom de dystrophies unguéales chez les eczémateux. Le terme de trouble trophique, dont on a certainement abusé, est un peu discrédité aujourd'hui ; disons donc, pour ne pas préjuger de la pathogénie de ces altérations, qu'il s'agit ici de troubles de l'onychogénèse pouvant exister sans la moindre réaction inflammatoire de l'ongle ou du péri-ongle.

Les lésions de l'eczéma sus-unguéal sont les plus fréquentes ; aussi, ce sont elles qui nous ont fourni le plus grand nombre d'observations. Elles se voient, en effet, très fréquemment dans les eczémas des mains, que celui-ci paraisse spontané ou qu'il ait été provoqué par une irritation d'origine professionnelle, cas le plus fréquent. Nous avons cru licite, en effet, de faire contribuer à notre démonstration les dermites professionnelles dans laquelle la réaction de la peau était

nettement du type eczémateux (ob. 1, 2, 3, 4 de dermite) [1]. Parmi les lésions de l'eczéma sus-unguéal, la plus superficielle paraît être la ponctuation. On appelle ainsi de petites pertes de substance de forme arrondie en entonnoir de la dimension d'un millimètre environ. Plusieurs auteurs ont montré qu'elles étaient précédées de petites saillies mamillaires de substance cornée fragile qui s'effritaient et laissaient à leur place ces petites cavités. Ces ponctuations ont été tour à tour considérées comme caractéristiques de l'eczéma et du psoriasis. On les trouve en réalité dans les deux affections. Les observations 1, 2 et 1', 2' montrent cette altération. Parfois les ponctuations sont régulièrement alignées en arc transversal et contemporaines de la même poussée eczémateuse, parfois même elles se disposent sur plusieurs arcs concentriques (ob. 2). Ces ponctuations qui ne sont autre qu'un écaillement d'une zone minuscule de l'ongle peuvent, par confluence, causer la desquamation de zones plus étendues comme cela se voit dans notre observation (N° 3). C'est l'écaillement superficiel de l'ongle.

Une altération plus profonde est l'ondulation transversale. Ce sont des dépressions plus ou moins régulières occupant toute la largeur de l'ongle ou correspondant simplement au point où s'est localisé l'eczéma. Sa cause paraît être un brusque arrêt de la formation de l'ongle dans la partie supérieure de la matrice. C'est ce que l'on peut voir dans plusieurs de nos observations, mais en particulier dans celle de l'ouvrière plumassière chez la-

[1] Nous ferons suivre ces numéros du signe ' pour éviter les confusions avec nos observations d'eczéma portant les mêmes numéros.

quelle l'ongle de l'annulaire présentait une large dépression en avant du repli sus-unguéal. En ce point la lame était extrêmement mince et souple. Une fois la poussée eczémateuse terminée, l'ongle croît normalement et l'ondulation transversale progresse avec l'ongle lui-même; si les poussées eczémateuses se succèdent, l'ongle prend un aspect bosselé et irrégulier comme nous le voyons dans notre observation N° 7. La lésion est ici exclusive de toute autre altération.

Beau a montré que la plupart des affections générales aigues et même de simples états de fatigue et de dépression pouvaient amener l'apparition de sillons transversaux sur les ongles absolument analogues à ceux dont nous parlons; mais on les retrouve alors sur tous les ongles, bien que ce soit sur ceux des pouces qu'on les observe avec le plus de netteté; de plus ils ne se localisent pas en un point de la lame comme cela peut arriver pour l'eczéma.

Le sillon transversal a probablement une pathogénie analogue, il consiste non plus en une ondulation sans bords, mais en une véritable rainure creusée dans l'épaisseur de l'ongle et présentant au contraire des bords parfois très nets et à pic.

Sa forme est le plus souvent celle d'un arc à concavité supérieure. Il siège fréquemment sur l'axe médian de la lame, mais parfois sur le côté, si l'eczéma est localisé à l'angle de la matrice. Helles a publié un cas dans lequel presque tous les ongles d'une main présentaient une bande médiane longitudinale constituée par une série de sillons transversaux. En effet, si l'eczéma est de quelque durée, chaque poussée inflammatoire s'inscrit sur l'ongle par un nouveau sillon; nos observations d'eczéma N° 3, 4 et de dermite N° 1, 3, 4 sont des exemples

de ces altérations. Comme nous l'avons noté plusieurs fois, le fond des sillons et parfois des ondulations présente un aspect [illegible]. Les [illegible] les poussières et tranchent sur la lame par leur coloration foncée.

Une dernière modification superficielle de la lame unguéale que l'on observe dans l'eczéma, est l'état cannelé longitudinal. A vrai dire, cette altération ne paraît pas extrêmement fréquente ; elle est notée sur l'observation VII de Levrier, mais sur un ongle seulement. Dans l'observation XV elle affecte tous les ongles. Personnellement nous avons vu dans notre observation X [illegible] quelques cannelures extrêmement légères, visibles surtout à jour frisant. Quoi qu'il en soit l'existence de cette modification est certaine car White de Boston l'a même [illegible] 28 fois sur cent cas d'eczéma unguéal.

Eczéma de la matrice unguéale.

Avant de poursuivre l'analyse des lésions élémentaires de l'eczéma des ongles, nous devons faire une remarque générale. Ce n'est qu'avec une inflammation subaiguë et chronique que l'on observe des viciations de la production unguéale. Les eczémas intenses arrêtent purement et simplement la formation cornée et, pour peu qu'ils se prolongent, décollent l'ongle et provoquent sa chute par le fait de la vésiculation et du suintement qui se produit sous la lame. Lorsqu'une poussée d'eczéma [illegible] la matrice, on peut voir en effet, par transparence, de petites taches [illegible] du

volume d'une tête d'épingle, qui ne sont autres que des vésicules. Pour les trouver, il faut examiner le malade au moment d'une poussée aigue. Il faut aussi que la lame soit parfaitement transparente; aussi sont-elles, en fait, rarement observées. Nous n'avons pu les trouver dans nos observations, mais elles sont signalées par la plupart des auteurs, Levrier et Dubreuilh en particulier. La chute de l'ongle peut donc s'observer dans ces cas pour peu que la poussée eczémateuse soit intense. La lame se détache toujours du lit avant de se décoller de la matrice. Celle-ci est en somme la région de plus grande résistance et, si elle cède, l'ongle tombe. Dans nos deux observations d'eczéma sous-unguéal et matriciel, la chute des ongles s'est produite. On a donc une anonychie, temporaire le plus souvent, mais parfois définitive. Dans l'observation N° 10 nous voyons que certains ongles n'existent plus qu'à l'état de vestiges.

Si c'est un eczéma subaigu et chronique qui s'installe dans la région matricielle, on n'aura plus suppression de l'ongle comme tout à l'heure, mais production d'un ongle altéré.

Il va sans dire, qu'on pourra observer aussi les modifications que nous avons décrites: sillons transversaux etc., mais la lésion type sera un changement de structure de la lame qui deviendra opaque et changera de coloration. Sa surface prendra un aspect finement fibreux dans le sens longitudinal qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celui d'un vieux morceau de bois. Cette altération se voit assez souvent au fond des sillons transversaux (ob. 3 par exemple), mais il est rare qu'on puisse l'observer sur une large étendue de l'ongle. Le moulage d'un malade de Besnier, dont nous

donnons une brève description et qui se trouve au musée de l'hôpital Saint-Louis, schématise, pour ainsi dire, cette lésion de l'ongle. Celui-ci n'est pas bosselé, mais gris opaque et grossièrement rugueux sur la partie radiculaire de sa surface et cette zone est séparée par un arc à concavité supérieure de la partie saine. Il faut noter aussi les fissurations longitudinales souvent profondes qui entament l'ongle suivant une direction rectiligne. Parfois la lame est même entièrement séparée en deux parties. Il faut bien dire que cela n'est pas extrêmement fréquent. Nous en avons pourtant un exemple dans l'observation du Dr. Boutelier. Les fentes longitudinales doivent être en partie dues à l'hyperkératose qui soulève la lame et en accentue la courbure jusqu'à la briser. Un autre fendillement s'observe aussi sans hyperkératose mais coïncidant en général avec un amincissement considérable de l'ongle, comme cela se voit dans une observation de Dubreuilh.

Les flammèches hemorragiques ont été signalées également sur la zone matricielle. Ce sont de petits épanchements sanguins ayant l'aspect de petites stries brunes disposées longitudinalement sur le derme unguéal et ne dépassant pas deux millimètres de long (Frèche, Dubreuilh).

Signalons aussi que, dans l'eczéma de la matrice, la lunule apparaît altérée dans sa forme et sa coloration ; mais l'opacité de la lame cache bientôt ces modifications. Insistons sur le fait que l'eczéma de la matrice est le plus souvent accompagné de l'eczéma du lit.

Les changements d'épaisseur de la lame que l'on observe dans l'eczéma, doivent aussi être rangés dans les troubles que produit cette dermatose sur la matrice unguéale. Il

semble bien que ce soit un épaississement qu'on observe le plus souvent. Ce fait est signalé dans l'observation N° 1 de Levrier, dans le moulage d'un malade de Vidal, dont nous donnons la description, dans un autre moulage dû à Balzer (N° 2, 613). L'épaisseur de l'ongle dans ces cas peut atteindre trois à quatre millimètres. L'amincissement paraît plus rare, il est signalé dans l'observation de Sabrazès citée par Levrier; dans notre observation 10 les ongles soulevés par une hyperkératose abondante sont réduits à l'état de mince feuille cornée. Comme nous en ferons la remarque pour le psoriasis une même cause d'irritation peut, suivant son intensité provoquer soit une exagération, soit une diminution de la formation cornée.

Eczéma du lit de l'ongle ou sous-unguéal.

Comme nous l'avons fait déjà remarquer à propos de l'eczéma de la matrice, il faut faire ici la distinction entre l'eczéma aigu et suintant et l'eczéma chronique. Dans l'eczéma aigu il se produit une vésiculation intense au niveau du lit et l'ongle se détache. Si l'inflammation gagne la matrice, la chute peut se produire. Le plus souvent la région radiculaire offre une certaine résistance et l'ongle reste assez solidement retenu par la racine. Si tout rentre dans l'ordre, la partie néoformée adhère de nouveau au lit, mais si l'eczéma passe à l'état chronique la lame peut rester séparée du lit par

un intervalle plus ou moins grand. C'est ce que l'on voit dans l'observation du Dr. Bernard de Bordeaux, publiée par Levrier.

Si l'eczéma aigu et suintant est non pas étendu à toute la surface du lit, mais localisé seulement en un point, le résultat est tout différent. Restant en contact intime avec la surface humide, la lame se ramollit et on observe une petite perte de substance dont la largeur correspond à l'étendue de la plaque eczémateuse et la longueur à la durée de celle-ci. C'est ce que Heller décrit sous le nom d'eczéma en plaque de l'ongle, lésion qui siège le plus souvent vers un bord latéral. L'observation N° 2 de nos dermites illustre cette forme d'altération.

Il faut signaler ici le gonflement général et local du lit qui déforme la lame étroitement appliquée sur lui. On voit alors l'ongle se bomber, soit dans le sens longitudinal, soit dans le sens transversal. Mais c'est dans l'eczéma à poussées intermittentes et subaigu que se voient les déformations les plus accentuées du limbe unguéal. L'ongle ramolli se moule sur les inégalités de l'hyperkératose du lit et prend les formes les plus variées.

L'hyperkératose du lit est la modification la plus importante que peut produire à cet endroit l'eczéma subaigu et chronique de l'ongle. Cette hyperkératose, se produisant normalement à la surface du lit, soulève la lame progressivement des bords antérieur et latéraux vers la racine. Ces néoformations cornées étant très irrégulières, la lame devient elle-même diversement bosselée. On décrit souvent cette modification comme un épaississement de l'ongle, en réalité ce sont là des productions pathologiques qui n'ont rien de

commun avec la lame [illegible] cie, s'écailler et même manquer [illegible] l'hyperkératose [illegible] qui peut produire [illegible] déformé.

Quel est l'aspect de cette hyperkératose? Au degré le moins avancé d'altération, on a une surface raboteuse de substance cornée, très dure, [illegible] par des sillons profonds. Dubreuilh [illegible] description de cet aspect dans une de ses observations. Cette forme se rapproche assez de la substance cornée normale, elle s'observe souvent lorsque l'ongle [illegible] poussée aiguë [illegible] de Dr [illegible] existe une espèce [illegible] d'hyperkératose qui [illegible] les bords antérieur, ou latéraux de l'ongle. On [illegible] épaississement dur, [illegible] tères d'un épaississement [illegible] est dû probablement à l'existence sur le bord du lit d'une zone peu différenciée. On voit alors les ongles se relever en avant ou sur les côtés et perdre [illegible]. A un degré plus avancé l'ongle devient concave. L'eczéma serait donc dans ces cas une cause de koïlonychie. Dans l'observation N° 6 où l'on trouve ces altérations, il s'agit d'un eczéma kératosique des extrémités; mais dans notre observation N° 3' de dermite eczématiforme, nous voyons cette hyperkératose du lit succéder sur un [illegible] latéral du lit à un petit placard d'eczéma. A propos des déformations de la lame en forme de cuiller [illegible] et qui relèvent probablement de causes variées, notons dans l'observation N° 5 une pathogénie toute différente. Dans ce cas il s'est produit une chute de la couche cornée de l'épiderme du doigt

et des bords des ongles. De ce fait la lame décollée sur les côtés et en avant se redresse et prend un aspect plat et même concave. Cette déformation est due probablement au gondolement de la lame sous l'influence de l'humidité du doigt.

Quelle que soit l'importance des formes d'hyperkératose dont nous venons de parler, elles ne sont ni aussi fréquentes ni aussi caractéristiques que celles que nous allons définir. Ici des formations amorphes noirâtres, dures, soulèvent l'ongle de façon irrégulière. On a alors des masses d'aspect crouteux dont l'apparence défie toute description. C'est dans ces formes qu'on voit les épaississements les plus considérables — huit à dix millimètres. La lame est alors soulevée et comme du fait de poussées suintantes elle s'est ramollie, elle se déforme, épouse les irrégularités de l'hyperkératose jusqu'à prendre un aspect véritablement chiffonné. Souvent réduite à une feuille cornée extrêmement mince, elle se fissure, s'écaille et parfois on n'en voit plus que des vestiges vers la racine. Des observations que nous donnons d'eczéma avec abondante hyperkératose, la première est celle d'un eczéma à la période suintante, les deux autres sont des eczémas secs au moment de l'examen (ob. 10 et 11). Dans l'observation 10 nous voyons que ces néoformations cornées sont dures en général, mais peuvent, en certains points, se résoudre à l'état de fine poussière grise. Dans l'observation 9 l'hyperkératose est dure et conforme à la description que nous venons de donner. C'est l'aspect que l'on trouve décrit dans plusieurs observations (celles d'Ancel et de De la Harpe etc.) Notre observation 11, description d'un moulage du musée Saint-Louis, en est encore un exemple.

Nous devons signaler, pour être complets, la présence possible au-dessous de l'ongle d'une hyperkératose friable se résolvant par grattage en squames jaunâtres assez larges. Dubreuilh signale cet aspect et j'ai pu l'observer sur un des ongles du malade du Dr. Boutelier. Cette forme d'hyperkératose est signalée aussi dans l'observation de Sabrazès, citée par Levrier, mais comme il s'agit ici d'un eczéma primitif des ongles, nous n'en saurions tirer une preuve.

Nous devons attirer ici l'attention sur un caractère de l'ongle eczémateux, sur lequel les auteurs n'ont, à notre avis, pas assez insisté. C'est la plasticité de la lame unguéale qui est succeptible sous l'influence du suintement eczémateux de prendre les formes les plus variées. L'ongle se gondole, se tord sur son axe, se plisse, se déforme en cupules plus ou moins larges et profondes. On a parfois l'aspect chiffonné que nous signalons dans notre observation 9. Ces modifications ne peuvent se comprendre que si on admet que la lame, normalement dure et élastique, a acquis une mollesse comparable à celle d'un carton mouillé. L'humidité et la chaleur expliquent parfaitement cet état. La description du moulage N° 361 du musée de l'hôpital Saint-Louis, que nous donnons, illustre bien l'aspect dont nous voulons parler.

Un autre effet du suintement eczémateux est de donner aux ongles une couleur terne et jaunâtre que nous ne croyons pas sans intérêt pour le diagnostic. Signalons également un aspect des ongles qui n'est pas la conséquence d'un eczéma localisé sur ce phanère, mais qui s'observe chez les personnes présentant un eczéma prurigineux d'une partie quelconque du corps; il peut se produire, dans ce cas, grâce au grattage et aux pâtes de zinc employées pour le traite-

ment, un polissage des ongles qui leur donne parfois l'apparence de la porcelaine.

L'eczéma des ongles au point de vue clinique.

En clinique l'eczéma unguéal peut se présenter dans trois éventualités.

1° Il est consécutif à un eczéma des mains et du dos des doigts.

2° Il apparaît sur un sujet porteur d'un eczéma sur une autre partie du corps.

3° Il se montre comme une affection primitive.

Comme le fait remarquer Dubreuilh, il n'y a pas à distinguer au point de vue de la description des lésions un eczéma par propagation d'un eczéma primitif. Les uns et les autres peuvent se présenter indifféremment avec tous les aspects que nous avons décrits.

Les eczémas des ongles consécutifs à l'eczéma des mains sont le plus souvent d'origine professionnelle, mais souvent la cause de l'irritation est légère et la réaction disproportionnée. De plus, à l'inverse de ce qu'on observe dans les dermites de cause externe, l'extension de l'eczéma aux ongles des pieds est assez fréquente. C'est là, en effet, un des caractères de l'eczéma unguéal. Dans les observations qu'a réunies Levrier, sept fois les ongles des pieds étaient malades en même temps que ceux des mains. Dans une observation de Dubreuilh ce fait est également noté. Nous ne l'avons observé, pour notre part, que dans un cas d'eczéma kératosique conformément à l'observation faite par Sabouraud.

Nous nous sommes surtout attaché, dans notre étude, à décrire les lésions de la lame elle-méme, mais elles sont loin de résumer toute la symptomatologie de l'affection. Les réactions du repli sus-unguéal dans l'eczéma sont extrémement importantes. On peut dire que, chaque fois qu'on observe sur la lame des sillons ou des ondulations transversales, il y a gonflement du repli sus-unguéal. Celui-ci devient rouge, œdémateux, douloureux; souvent, par la pression, on peut faire sourdre, au-dessous de lui, le liquide séro gommeux, caractéristique à l'eczéma. Les symptômes subjectifs, douleur, demangeaison, sont de règle dans l'eczéma aigu. Ils sont nuls dans l'eczéma chronique. Un caractère qui, à notre avis, a une certaine importance pour le diagnostic, est l'évolution cyclique avec poussées inflammatoires et accalmies. On doit toujours le rechercher quand on veut établir le diagnostic d'eczéma des ongles dans les cas difficiles, c'est-à-dire quand il se montre comme une affection isolée.

L'eczéma primitif de l'ongle et strictement limité à cet organe existe en effet, mais paraît assez rare. Il y a une observation de de la Harpe, une de Deligny, trois de Heller, une de Sabrazès; dans deux de ses observations Dubreuilh ne signale non plus aucune affection cutanée. En général il y a, ou il y a eu, sur la peau vague un eczéma qui met sur la voie de diagnostic; si non celui-ci peut être très difficile. Nous discuterons plus loin ce diagnostic; disons dès maintenant que l'évolution avec poussées aigues la présence de suintement gommeux, l'hyperkératose croûteuse noirâtre et l'état gondolé et même chiffonné de la lame paraissent être les caractères les plus certains de l'affection.

OBSERVATION 1

(Personnelle.)

B.... Robert, 26 ans, employé de commerce. Antécédents sans intérêt. Ce malade présente depuis février 1920 un eczéma du dos des mains surtout à droite. Ce sont des placards suintants ou squameux suivant le stade de l'évolution.

Main droite. Sur le dos de la main plaque eczémateuse de trois centimètres sur six; autres plaques sur les troisièmes et quatrièmes métacarpiens.

Annulaire. Lésions sur le dos des phalanges.

Ongle. Le repli sus-unguéal est œdématié, squameux; la lame serait normale sans une dépression de 1 m/m qui occupe toute la largeur de l'ongle en avant du repli sus-unguéal. A cet endroit, l'ongle est blanc, de structure fibrillaire et très aminci. A la partie moyenne se voient deux ponctuations légères à peine visibles à jour frisant.

Médius. Il y a des lésions eczémateuses de la face dorsale des doigts; le repli épidermique est très adhérent; pas de lésions de la lame.

Index. Les lésions du dos du doigt sont en régression; la lame présente à la partie médiane six ou huit dépression ponctiformes.

Main gauche. Il y a un peu d'eczéma du dos de la main, mais aucune lésion unguéale.

OBSERVATION 2

(Personnelle.)

Bet.., 16 ans, jeune fille, employée aux travaux des champs. Rien à noter dans les antécédents. Il y a six mois environ que la maladie a commencé par une rougeur à la face palmaire des mains vers la racine des pouces. A cette rougeur a fait suite une plaque vésiculeuse suintante.

Main droite. Actuellement les lésions sont étendues à toute la surface de la paume de la main. L'aspect est celui d'un eczéma kératosique sec; au-dessous des squames, la peau est rouge. Peu de lésions unguéales de ce côté.

Main gauche. Toute la paume est rouge, la peau est épaissie, sèche et criblée de puits épidermiques desquamants; comme à la main droite, les lésions y ont été suintantes.

Annulaire. Plaque d'eczéma au niveau de l'articulation des deux dernières phalanges. Le repli sus-unguéal est nettement œdématié et surplombe la lame de deux millimètres environ. Le repli est rouge et légèrement squameux. Il y a quelques jours, il y avait des lésions suintantes. La lame, à sa moitié supérieure, présente à sa surface des ponctuations disposées sur deux lignes concentriques à concavité supérieure. Il y a cinq ou six de ces ponctuations par rangée. En outre, l'ongle a un aspect légèrement strié dans le sens de la longueur.

Auriculaire. Le repli sus-unguéal est légèrement œdémateux. Sur le limbe, on compte six ponctuations analogues aux précédentes, mais disposées sans ordre au voisinage de la racine de l'ongle.

OBSERVATION 3

(Personnelle.)

Ga.... Arsène. 69 ans, maçon. A. H. Mère rhumatisante. A. P. En 1914 a eu à la jambe, à la suite d'un traumatisme, une éruption qui paraît avoir été une pyodermite. La poussée eczémateuse actuelle a débuté, il y a trois mois, par la face interne des cuisses, puis s'est étendue peu à peu jusqu'à couvrir à peu près toute l'étendue des téguments avec néanmoins quelques intervalles de peau saine. C'est un eczéma suintant classique qui, sur le tronc et les membres supérieurs est actuellement un peu croûteux.

Le seul ongle malade est celui du médius droit. Le repli sus-unguéal est rouge et légèrement œdémateux dans sa partie médiane. La lame présente deux sillons transversaux qui occupent la partie moyenne et qui sont séparés par un intervalle de deux millimètres environ. Toute la partie moyenne de cet ongle présente un état opaque et rugueux. A la partie antérieure la lame est un peu déchiquetée et on y trouve une petite surface écaillée.

OBSERVATION 4

(Personnelle.)

Fo.... Suzanne, 27 ans, décolleteuse sur métaux. Bien que dans son travail la malade ait souvent les mains éclaboussées d'huile, on ne peut attribuer son eczéma à cette irritation, car elle a cessé tout travail depuis trois mois et le début de l'affection date d'un mois. De plus, il y a huit ans, elle a déjà présenté une poussée eczémateuse.

Au début il y a eu du suintement. Actuellement on voit encore quelques puits épidermiques, quelques croûtelles. Les lésions sont localisés aux mains et sont surtout marquées à la racine de l'annulaire et de l'auriculaire. Il y a quelques lésions sur le dos des doigts, consistant surtout en un état sec et squameux de l'épiderme avec fissures.

A la main droite, pas de lésions unguéales.

Main gauche. Médius; il présente un bourrelet sus-unguéal œdématié; le limbe est normal.

Annulaire: Le repli sus-unguéal est œdémateux et légèrement rouge. D'après la malade, il était, au début, très enflammé et douloureux; au-dessous, dans la rainure que forme le repli avec l'ongle, on voit encore des croûtelles jaunâtres et transparentes caractéristiques de l'eczéma. Sur le limbe, on voit cinq sillons ou ondulations de direction transversale et décrivant un arc à concavité supérieure. De ces sillons les premiers en date sont relativement profonds et étroits.

OBSERVATION 5

(*Personnelle.*)

Mme Hin...., 60 ans, ménagère. Pas d'antécédents héréditaires à signaler. A dix-sept ans, a eu sa première poussée d'eczéma aux mains et au visage. Depuis, chaque année, cet eczéma récidive sur la face dorsale des deux mains. La malade a subi à trente ans l'opération de l'hystérectomie, puis dans la suite elle a été opérée quatre fois pour éventration. A chaque opération, la cicatrisation était longue, mais chaque fois l'eczéma annuel des mains faisait défaut. L'éruption siège surtout sur le dos, mais depuis quelques années elle tend à gagner la face palmaire. C'est ce que nous observons actuellement.

Altération des ongles. Malgré l'ancienneté de la maladie, les lésions unguéales ne sont apparues que depuis deux ou trois ans en même temps que l'eczéma s'est étendu au bout des doigts.

Main droite. Pouce. C'est l'ongle le plus atteint. Le bourrelet sus-unguéal est œdématié et suintant. Le pulpe du doigt montre dans l'épaisseur de l'épiderme de petites vésicules qui, par coalescence, clivent la couche cornée en lambeaux plus ou moins étendus et de deux millimètres d'épaisseur. Les bords du lit unguéal desquament de même façon. Ce processus s'observe sur tous les doigts. L'ongle présente trois ondulations transversales, et, à la partie antérieure, une dépression. La forme générale de

l'ongle et plate. Les bords latéraux sont complètement détachés des rainures et redressés.

Index. Pas de lésions de surface, mais l'ongle est absolument plat, dégagé des rainures et sa partie antérieure est creusée en cupule.

Médius. Même caractère. Au centre de la lame est une cupule de six millimètres environ de diamètre. Les autres doigts sont normaux.

Main gauche. Pouce. Trois ondulations transversales.

Index. L'ongle est plat et creusé en son milieu d'une cupule.

Annulaire. L'ongle n'est pas déprimé, mais se montre absolument plat.

La malade déclare que le redressement des bords des ongles s'accentue lorsqu'elle vient de toucher l'eau; ce qu'on peut interprèter comme un gondolement de la lame sous l'influence de l'humidité.

OBSERVATION 6

(*Personnelle.*)

Pr.... Gabriel, 33 ans, menuisier. A. H. son père avait présenté un eczéma kératosique des plantes des pieds qui aurait guéri à la suite de la formation d'un ulcère variqueux. La sœur de son père avait également un eczéma des jambes. A. P. Rien à signaler.

Le début eut lieu au pied, il y a trois ans environ, par un épaississement corné occupant le talon d'abord, puis une partie plus étendue de la plante. Il n'y a qu'un an que les mêmes lésions kératosiques sont apparues aux paumes des mains.

Aux pieds, les lésions consistent en un épaississement corné d'aspect ambré et coupé de profonds sillons dont quelques-uns sont douloureux. Pour les ongles, seuls les gros orteils présentent des particularités. La lame est soulevée à la partie antérieure par un épaississement kératosique de deux millimètres environ qui adhère davantage à l'ongle qu'au lit. Sa consistance est légèrement élastique.

Aux mains, l'hyperkératose occupe à peu près toute l'étendue des paumes. Elle a un aspect jaune ambré. Les bords en sont diffus. En certains points, il y a un peu de rougeur.

Ongles. Ils ne présentent pas de lésions de surface, mais ils sont plats.

Main droite. Pouce. Le limbe est absolument plat dans le sens latéral. Les rainures latérales n'existent plus, la lame est soulevée sur les côtés de deux ou trois millimètres au-dessus du lit par une hyperkératose résistante et élastique. Si on la gratte, il s'en détache non des squames, mais de petits fragments. Par transparence à travers la lame. la zone hyperkératose apparaît comme une bande jaunâtre.

Index. L'hyperkératose y est nette sur le bord antérieur de l'ongle aussi bien que sur les bords latéraux. Aussi l'ongle est-il plat dans le deux sens.

Médius. Hyperkératose de deux millimètres d'épaisseur le long du bord cubital.

Main gauche. Pouce. Hyperkératose le long du bord cubital et du bord antérieur du même côté. Aussi les courbures normales de l'ongle sont-elles redressées d'un côté seulement.

Index. Hyperkératose localisée au bord radial.

OBSERVATION 7

(Personnelle.)

La.. Rose, 22 ans. Pas d'antécédents héréditaires notables. Assez mal réglée. Teint légèrement anémique. Ne se plaint pourtant pas de sa santé générale. Le début de la dermatose a eu lieu à l'âge de 15 ans. Localisée aux mains, elle a évolué avec des périodes d'activité et de repos. D'après la malade, il survenait des poussées aiguës pendant lesquelles se formaient sur le dos des mains des plaques rouges qui ne tardaient pas à se couvrir de vésicules et à suinter. Actuellement les lésions sont les suivantes. Il y a sur le dos des mains et des doigts des plaques assez discrètes d'eczéma sec. Les ongles sont sains à la main droite, mais ils ont, paraît-il, été altérés autrefois. A la main gauche, tous les ongles présentent à peu près les mêmes lésions. Ce sont des ondulations et des bosselures irrégulières de forme et de situation, mais à grand axe transversal. Les unes occupent toute la largeur de l'ongle, les autres une partie seulement. Pas de ponctuations ni d'hyperkératose. Seul l'index présente un sillon profond et étroit de direction transversale.

OBSERVATION 8

Moulage N° 606 du musée de l'hôpital St-Louis, d'un malade de Besnier.

Ch.... Louis, 46 ans, fabricant de pianos.

Les lésions sont limitées à deux doigts chez un sujet eczémateux.

Index. L'altération de l'ongle occupe la partie supérieure de la lame unguéale jusqu'à sa partie moyenne. Sur cette zone, l'ongle est opaque, gris et d'aspect raviné et présente des stries grossières dans le sens longitudinal. Cette partie paraît un peu déprimée par rapport à la partie saine et est limitée par un arc de cercle à concavité supérieure.

Médius. La lame unguéale présente les mêmes altérations que ci-dessus, mais étant plus anciennes, elles s'étendent à toute la surface de l'ongle.

OBSERVATION 9

due au Dr. Boutelier, service du Dr. Brocq.

Pierf.... Marie, 57 ans.

Entrée pour lésions cutanées bilatérales des mains. En 1914, a eu un eczéma des mains; éruption suintante ayant duré deux mois; elle était alors blanchisseuse. Pendant la guerre, rien. Elle travaillait alors à rouler des bobines de fil de cuivre. Depuis plus de deux ans, elle travaille comme cuisinière-plongeuse; un mois après, réapparition des lésions des mains sous forme de crevasses localisées aux paumes. Actuellement, l'éruption occupe exclusivement la face palmaire des mains et des doigts; larges surfaces à contours irréguliers, à peau un peu plus rosée que la peau normale qui présentent ça et là des lambeaux flottants d'épiderme épaissi et de petits pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle, témoins de vésicules rompues. Ces lésions siègent surtout à gauche; éminence thénar, face palmaire des dernières phalanges des doigts surtout du pouce. Ongles très altérés, bombés avec sillons transversaux, stries longitudinales, parfois ponctuations, enfin hyperkératose du lit de l'ongle.

Diagnostic. En raison des vésicules observées ça et là: eczéma papulo-vésiculeux, déclenché par irritation locale sur un terrain prédisposé.

Fond pathologique. Système nerveux. Emotivité, tremblement des doigts, cauchemars fréquents. L'éruption actuelle aurait débuté à la suite d'une émotion.

Glandes. Ovaire. Ménopause il y a 8 ans; c'est à cette époque que sont apparues les premières lésions cutanées. Tube digestif normal. Elimination. Crampes. Sensation de doigt mort.

A cette observation si complète, nous s'ajouterons que quelques précisions sur les altérations des ongles que nous avons pu observer personnellement.

Main droite. Le pouce est hors de cause, ayant subi un traumatisme.

Index. La lame est notablement épaissie, elle est tombée il y a quatre mois, à la suite d'une poussée aiguë, elle présente deux sillons, un vers la racine, un vers l'extrémité; la partie moyenne est bombée. La lame est soulevée par une hyperkératose du lit, dure et noirâtre, de deux millimètres environ.

Annulaire. Il n'est altéré que vers la racine où l'on voit une incision longitudinale et un sillon transversal.

Auriculaire. Est tombé il y a quatre mois; peu altéré.

Main gauche. Pouce. Périongle légèrement œdémateux; la surface de l'ongle est très irrégulière, comme rocailleuse, noirâtre. On ne voit plus qu'une ébauche de lame dans la région lunulaire. Le reste paraît être seulement de l'hyperkératose du lit. Cette masse est dure et le lit sous-jacent est douloureux.

Index. Très altéré, surface rugueuse irrégulière. Structure spongieuse noirâtre. L'hyperkératose atteint quatre millimètres d'épaisseur. Le repli sus-unguéal est œdémateux.

Médius. Très altéré. Vers la partie supérieure la lame apparaît très irrégulière, dure, noire et fissurée, de quatre à cinq millimètres d'épaisseur.

Annulaire. En avant hyperkératose de deux millimètres.

Auriculaire. L'ongle est creusé en forme de cupule et présente des sillons transversaux. Sous l'ongle hyperkératose qui, contrairement à celle des autres doigts, est jaunâtre et friable en squames d'aspect gras.

En résumé, les lésions unguéales consistent surtout en une hyperkératose abondante noirâtre et dure, soulevant la lame qui apparaît jaunâtre, extrêmement gondolée en tous sens et prenant même un aspect chiffonné.

OBSERVATION 10

(Personnelle.)

Plet.... Louis, 58 ans. Ancien employé de restaurant. Ce malade a eu la syphilis en 1905 et a été traité à l'hôpital Saint-Louis. En 1914, il a été employé à la pharmacie de cet hôpital où il a travaillé quatre ans, manipulant de l'eau et toutes sortes de drogues. C'est en 1917 qu'a commencé l'affection des ongles. Le malade est atteint en même temps d'un rhumatisme polyarticulaire déformant et ankylosant, dont le début remonte à cinq ou six ans. Le malade raconte que la maladie a commencé sous l'influence des liquides qu'il manipulait à la pharmacie. A ce moment, l'affection était aiguë et présentait des poussées avec suintement qui ont provoqué à plusieurs reprises la chute totale de plusieurs ongles. Pendant ces poussées, les replis sous-unguéaux étaient rouges, gonflés et douloureux. Dans la suite, les ongles ont repoussé, mais déformés et diversement altérés.

Pouce. Vers la racine, la lame paraît normale, sauf qu'elle est soulevée et déformée par l'hyperkératose du lit. Elle n'occupe que le tiers supérieur du lit, les deux tiers antérieurs étant recouverts d'une masse cornée, dure, amorphe et grisâtre dont l'épaisseur atteint environ un demi centimètre.

Index. Il présente un ongle déchiqueté à sa partie moyenne; plus bas, il y a sur le lit une légère couche cornée irrégulière.

Médius sain. *Annulaire.* Il présente les mêmes altérations que l'ongle du pouce, hyperkératose épaisse sur la partie antérieure du lit, mais sur un point cette hyperkératose est friable et blanchâtre quand on la gratte, et se réduit même en fine poussière. Ailleurs, sur le même ongle, cette hyperkératose est, au contraire, dure et compacte. L'auriculaire présente une hyperkératose du lit assez friable; la lame est saine, bien qu'un peu déformée.

Main gauche. Pouce. La lame est soulevée par une hyperkératose qui atteint trois ou quatre millimètres et qui est facilement friable et peut se résoudre en une fine poussière.

Index. L'ongle manque presque complètement. Il n'y a sur le lit qu'une couche cornée mince et irrégulière.

Médius. Le bourrelet est un peu épaissi. Il présente ainsi que le dos de la deuxième phalange de petits puits épidermiques, suite d'une poussée eczémateuse récente. Le malade accuse en ce point un léger prurit. A la partie médiane, il n'y a plus de

lame; mais. sur les côtés, on voit deux ébauches d'ongle. Le lit est couvert d'une hyperkératose très dure d'aspect grisâtre et épaisse à son maximum de cinq ou six millimètres. L'annulaire et l'auriculaire sont plus légèrement atteints.

En résumé, il s'agit de lésions sèches avec hyperkératose le plus souvent dure, mais à certain point friable et blanchâtre. Ce qui reste des ongles est extrêmement déformé. L'examen microscopique n'a montré aucun parasite.

OBSERVATION 11

Moulage n° 361 du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Vidal. — Eczéma des doigts et des ongles. — Hu.. Napoléon, 69 ans, tisseur. — La face dorsale de tous les doigts est squameuse. Tous les ongles sont altérés. Les replis sus-unguéaux ne sont ni rouges ni œdémateux. Les lésions paraissent à l'état torpide.

Pouce. La lame est épaissie (3m/m), elle est gondolée; au lieu d'être convexe, elle est légèrement concave et relevée sur les bords; elle est opaque, jaunâtre et terne.

Index. Lame épaisse, jaunâtre, légèrement cannelée longitudinalement, un peu gondolée.

Médius. Aspect rocailleux, la lame est complètement chifonnée, elle présente à la face antérieure une cupule étroite et profonde. les bords sont relevés sur les côtés par une hyperkératose grisâtre très épaisse (8m/m).

Annulaire. Aspect analogue; cupule à la partie antérieure de l'ongle, moins profonde mais plus large que la précédente.

Auriculaire. Lame épaisse, gondolée en tous sens.

DEUXIÈME PARTIE

PSORIASIS

LA DESCRIPTION DU PSORIASIS UNGUEAL CHEZ LES AUTEURS

Nous n'insisterons pas sur les opinions anciennes qui ont été données sur la question. Il n'est pourtant pas sans intérêt de donner quelques définitions dans lesquelles on a cru parfois enfermer la symptomatologie du psoriasis unguéal. Pour Rayer les ongles s'épaississent, se recourbent, se fendillent et finissent par se détacher; mais il y a lieu de craindre que l'auteur ait eu en vue ici non seulement le psoriasis, mais les dermites artificielles, car il décrit ces lésions comme fréquentes chez les épiciers et les blanchisseuses. Casenave signale de cette façon le psoriasis unguéal: « Lorsque la maladie gagne la matrice de l'ongle, la sécrétion de ce dernier est viciée, il se contourne, se couvre d'aspérités, devient inégal et lamelleux ».

Hardy est plus explicite: « A côté, dit-il, du psoriasis palmaire et plantaire nous devons placer le psoriasis unguium. Le plus souvent cette variété existe avec la précédente. Elle est caractérisée par des rainures profondes donnant aux ongles un aspect très inégal. Souvent l'ongle tombe et est

remplace par une croûte cornée qui finit elle-même par se détacher aussi ».

Pour Baum le psoriasis unguium est caractérisé par un épaississement plus ou moins grand et par des cannelures longitudinales des ongles. Ils deviennent très friables, se déforment, présentent à leur extrémité libre une sorte de disjonction de leur lamelles et finissent par tomber. — Dans la thèse d'Ancel qui aurait été inspirée par Baum, on trouve une opinion un peu différente. Ancel caractérise en effet comme suit le psoriasis et l'eczéma des ongles. Dans le premier, dit-il, on voit un amincissement général, un état pointillé, des rainures transversales apparaissant d'abord au niveau de la lunule et se déplaçant à mesure que l'ongle s'accroit ; dans l'eczéma l'altération a son siège non sur la lame cornée, mais au-dessous d'elle, l'altération commençant par l'extrémité libre pour envahir le lit de l'ongle de bas en haut.

Nous verrons combien ce point de vue est éloigné de la réalité. Il n'en reste pas moins que Ancel a mis en lumière des caractères très fréquemment trouvés dans le psoriasis comme les ponctuations et les rainures transversales.

En 1892 Schültz a indiqué un symptôme qui, pour lui, est très important dans le psoriasis unguéal. Ce sont des points rouges minuscules qu'on voit sur la matrice en repoussant le repli sus-unguéal. Ces points congestifs seraient le fait de papilles déformées. A cette même époque Morean a publié un certain nombre de cas bien observés, sur lesquels nous reviendrons. Il classe le psoriasis unguéal en trois catégories suivant qu'il survient dans un psoriasis rubra, au cours d'un psoriasis ordinaire ou qu'il constitue une affection primitive. Il insiste peu sur l'aspect des lésions. Il note que

la lame est plus écailleuse que dans l'eczéma et aussi plus molle et plus depressible. Il insiste sur l'importance des ponctuations rouges de Schültz.

Frèche apporte quelques précisions sur un point particulier de la question; dans une série d'observations il étudie particulièrement le psoriasis sous-unguéal et en précise les différents aspects. Il montre que la papule psoriasique apparaît d'abord sous la lame avec l'aspect de verre fumé. Une pression exercée sur l'ongle fait en partie disparaître cette tache qui reste pourtant jaunâtre. Cette coloration spéciale n'est pas due à autre chose qu'à un décollement limité du limbe unguéal. Il a observé également que cette zone décollée était parfois bordée d'un mince liséré blanc. Il précise les caractères de cette hyperkératose qu'il montre d'aspect plâtreux et s'effritant facilement par le grattage.

Heller, en 1900, fait une sorte d'inventaire de la question. Il divise les lésions unguéales du psoriasis en précoces et tardives; les premières seules seraient pour lui caractéristiques. Au premier rang il met les ponctuations et l'aspect criblé que Lailler a justement comparé à celui d'un dé à coudre Il signale aussi les points rouges de Schültz dans la région matricielle; puis il range comme moins typiques les cannelures longitudinales et les sillons transversaux. Il montre enfin que la fragilité de l'ongle se retrouve assez souvent dans les observations. Les modifications tardives, moins caractéristiques pour Heller, sont les irrégularités de la surface, sa desquamation, sa perte de transparence. L'ongle peut s'effriter de façon presque totale et il ne subsiste alors à sa place qu'une hyperkératose amorphe et blanche. Voilà à peu près le développement qu'a suivi la question du psoriasis unguéal et les

additions et les retouches qu'y ont apporté les différents auteurs. Pour terminer, voyons comment cette affection est définie dans les traités classiques. Audry, dans la *Pratique Dermatologique,* divise ainsi le psoriasis unguéal.

Psoriasis essentiel de l'ongle.

Altérations unguéales associées a des altérations péri-unguéales.

Chute des ongles qui accompagne le psoriasis rubra.

Dans le psoriasis primitif Andry note des modifications de couleur du lit, diffuses ou localisées; l'apparition d'un piqueté brun formé par de petites flammèches hémorragiques. Il y a aussi des ponctuations de surface à fond souvent farineux, des cannelures longitudinales et souvent des sillons transversaux. Pour l'auteur ces altérations sont du reste banales, mais il considère comme plus caractéristique l'hyperkératose qui s'accumule à la rainure antérieure de l'ongle et dont la blancheur nacrée serait particulière au psoriasis. Tous ces symptômes seraient exagérés lorsqu'il coexisterait de psoriasis péri-unguéal.

Sabouraud, dans la *Dermatologie topographique,* décrit ainsi le psoriasis unguéal. Début par un épaississement corné sur le bord latéral de l'ongle; cette zone apparaît sous la lame avec un aspect brunâtre ou jaune. Elle peut se dissocier par grattage et fournit alors des débris cornés d'aspect micacé. A ce stade de début peuvent succéder des altérations plus complètes; aspect ostréacé, ou en carène, voire même onychogryphose. Ou bien, au contraire, c'est l'effritement partiel ou total de la lame dont il ne reste plus que les débris squameux. Pour Sabouraud le psoriasis touche rarement la peau

de la région péri-unguéale, au contraire de ce que l'on voit dans l'eczéma.

Arrivés à la fin de cete revue des opinions des auteurs sur le psoriasis unguéal, nous pouvons nous faire une idée de l'enrichissement progressif qu'à subi la symptomatologie de cette affection. Dès le début on a tenté de définir les caractères spécifiques qui permettraient de le distinguer. Nous avons vu Ancel attacher une grande importance à l'amincissement de la lame coexistant avec des rainures transversales et des ponctuations. Il en arrive même à assigner un siège pour le psoriasis qui occuperait la matrice et l'appose ainsi à l'eczéma qui envahierait le lit. On sait que les faits sont loin d'être aussi simples. Bazin lui-même, voulant définir le psoriasis unguéal mettait en relief l'épaississement plus ou moins grand de la lame et les cannelures longitudinales. Et ce sont là des altérations non seulement différentes mais diamétralement opposées de celles énumérées par son élève. On voit combien en ces matières il est dangereux de conclure sur un trop petit nombre de cas. Les altérations susceptibles de modifier l'aspect de l'ongle sous l'influence du psoriasis sont, comme cela se voit dans l'eczéma, extrêmement nombreuses et variées. En nous fondant sur ce qu'on a publié sur ce sujet, sur les moulages du musée Saint-Louis et sur les quelques cas personnels qu'il nous a été donné d'observer, nous allons tâcher de donner un tableau aussi complet que possible du psoriasis unguéal. Nous serons ensuite autorisés à tirer quelques conclusions.

ETUDE METHODIQUE DES LESIONS DES ONGLES DANS LE PSORIASIS

Procédant comme nous l'avons déjà fait pour l'eczéma, nous allons étudier les altérations de l'ongle en commençant par les plus superficielles, celles dont la cause se trouve dans l'inflammation du fond du repli sus-unguéal; puis nous nous occuperons de la région matricielle, dont l'atteinte retentit sur le corps de l'ongle même ; enfin, nous termineront par l'examen des altérations que produit le psoriasis lorsqu'il est localisé au lit de l'ongle.

Nous devons redire ici ce que nous avons déjà expliqué à savoir que cette classification est un peu artificielle et que le psoriasis atteint souvent simultanément les régions unguéales que nous séparons pour la commodité de la description. Ceci dit, il ne faudrait pas croire non plus que le psoriasis fait tache d'huile et qu'une fois qu'il a atteint un point de l'appareil formateur de l'ongle il l'envahit forcément en entier. Rien ne serait plus contraire aux faits ; il est à remarquer, en effet, que sur un même malade il y a généralement prédominance d'une altération. Tel psoriasique aura surtout des ponctuations, tel autre des stries ou de l'hyperkératose. D'autre part, on est souvent fort embarrassé chez un malade ayant un psoriasis unguéal avancé pour trouver une seule ponctuation, symptôme considéré comme très banal. On voit également une hyperkératose

très abondante soulever l'ongle mais s'arrêter à la lunule comme devant une barrière infranchissable. Cela montre que la classification que nous avons faite pour être un peu schématique s'éloigne pourtant moins qu'on pourrait le croire de la clinique.

Psoriasis sus-unguéal.

Les ponctuations sont un symtôme fréquent de psoriasis unguéal. Il semble que ce soit Ancel qui ait le premier attiré l'attention sur elles et montré leur importance dans cette affection. Ce sont de petites cavités de la grandeur moyenne d'une tête d'épingle, à fond quelquefois squameux mais le plus souvent parfaitement lisses. Elles sont parfois si discrètes qu'on ne les voit qu'à jour frisant. Leur bord est parfois marqué par une collerette écailleuse qui ne tarde pas à disparaître par le frottement. Nous discuterons ailleurs la fréquence de ce symptôme par rapport aux autres affections des ongles. Ce qui est certain, c'est qu'on le retrouve fréquemment dans les observations. Elles sont tantôt discrètes : on en compte trois ou quatre sur une lame; tantôt très abondantes et on a l'aspect du dé à coudre de Lailler. C'est ce que l'on voit dans le moulage de Quinquaud, N° 1560, du musée de l'hôpital Saint-Louis et dans trois observations de Meneau. Dans un cas observé par nous, elles étaient disposées en deux arcs concentriques de direction transversalle. Deux autres fois (obs. 1 et 4) elles sont très discrètes. Ancel les montre dans trois observations. Schültz semble vouloir établir une corrélation entre le piqueté rouge qu'il a décrit et l'apparition des ponc-

tuations. Nous pensons que ce ne peut être là qu'une simple coïncidence, une altération aussi superficielle ne pouvant avoir son origine que dans la région la plus reculée et marginale de la matrice. De plus ces points rouges sont loin d'avoir la fréquence des ponctuations.

Si les ponctuations sont nombreuses et rapprochées, on peut avoir, comme dans une observation de Meneau, de petites zones d'écaillement.

Parmi les modifications superficielles de l'ongle psoriasique il faut ranger les sillons transversaux. Le sillon est creusé dans l'épaisseur de l'ongle comme avec un instrument tranchant ; il a des bords à pic à une largeur d'environ un millimètre et sa profondeur est à peu près la même. L'étroitesse de ces sillons fait qu'ils sont le plus souvent incrustés de poussière et apparaissent comme des traits plus ou moins foncés sur le fond rose de l'ongle. Il est parfois difficile de savoir si dans certaines observations l'auteur veut parler de sillons ou d'ondulations, qui sont une altération bien différente, plus large et sans bords. Pourtant, lorsque Ancel parle de rainures, il y a lieu de croire que c'est bien des sillons qu'il veut parler. Le moulage N° 23 du musée de Saint-Louis, qui est celui d'un malade de Bazin, en est un exemple typique. Tous les ongles portent cinq à six de ces sillons transversaux, en général assez courts, car ils n'atteignent pas les bords latéraux des ongles. On les retrouve dans une observation de Danlos, dans une de Meneau (N° 4) d'Ancel (N° 1). Dans le moulage de Besnier du musée Saint-Louis il y a quelques entamures transversales dans la région antérieure des ongles. Il faut bien dire que ces altérations peuvent, suivant leur nombre et leur profondeur, donner

des aspects très variables aux ongles atteints. Ainsi dans notre observation N° 5 elles occupent toute la surface des ongles tant en largeur qu'en longueur. Elles sont disposées en arcs à convexité inférieure et absolument juxtaposées de sorte qu'elles donnent à l'ongle l'aspect d'une valve de coquillage. Elles sont aussi beaucoup plus superficielles que dans le moulage dont nous venons de parler où elles ont plus d'un millimètre de profondeur. A côté des sillons transversaux il faut placer diverses altérations superficielles de la lame qui sont au contraire orientées dans le sens longitudinal.

Parlons d'abord des cannelures. Ce sont des crêtes longitudinales parfaitement rectilignes d'un demi à un millimètre de large et séparées par des sillons de même dimensions avec lesquelles elles alternent régulièrement. Le relief de ces cannelures est difficilement appréciable, peut-être d'un quart de millimètre. Il ne semble pas que cet aspect de l'ongle soit bien fréquent. Un très bel exemple est fourni par le moulage N° 605 d'un malade de Besnier, dont nous reproduisons l'analyse plus loin. Meneau, dans ses observations N° 2 et 6, note la présence de quelques cannelures sur certains doigts. Dans le moulage 1510, dû à Quinquaud, on voit une bande transversale de quatre à cinq millimètres de large constituée par une série de rainures juxtaposées et dirigées dans le sens de l'ongle. Sur quelques ongles on voit quelques unes de ces stries isolées. Dans notre observation N° 5 ces cannelures sont peu apparentes à première vue à cause des sillons transversaux, mais ils n'en existent pas moins de façon constante. Il semble bien qu'elles soient le résultat d'une série linéaire de ponctuations, car en certains

points, où le sillon manque, se voit une file de minuscules ponctuations.

A côté des cannelures il faut placer les stries longitudinales; elles sont très fines, juxtaposées, et donnent à l'ongle un aspect fibreux et opaque. On les observe surtout au fond des ondulations transversales. Elles paraissent témoigner à une atteinte déjà plus avancée de la matrice.

Les ondulations transversales semblent marquer, en effet, un trouble plus grave de la croissance de l'ongle, puisque dans certains cas la chute du phanère peut s'en suivre. L'ondulation est une dépression transversale assez large et sans bords. Nous en avons un exemple caractéristique dans un moulage d'un malade de du Castel (N° 2156). Tous les ongles présentent une dépression transversale en pente douce avec fond opaque et blanchâtre. La poussée terminée, l'ongle se remet à croître comme précédemment et l'ondulation progresse vers l'extrémité du lit. Cette déformation est fréquente. Citons le moulage 1510 de Quinquaud, le N° 602 d'un malade de Lailler, l'observation N° 1 d'Ancel, celle de Freche N° 2, notre observation personnelle N° 4.

Psoriasis de la matrice.

Nous venons de voir les effets du psoriasis abordant la matrice par son bord supérieur et en quelque sorte marginal. Si l'affection, au contraire, atteint la matrice dans toute son étendue, c'est le corps même de l'ongle qui sera altéré. Il faut distinguer deux cas: ou bien le psoriasis est intense ou bien il est modéré. Dans le premier groupe de faits, rentrent les cas de psoriasis rubra. On voit alors l'inhibition

complète de la formation unguéale et la chute de la lame dans un délai plus ou moins long. Il se forme une dépression au voisinage de la racine en même temps que le bourrelet est rouge et tendu et peu à peu l'ongle se détache et tombe. C'est en somme le cas limite de l'ondulation transversale dont nous avons parlé tout à l'heure. Dans son étude sur le psoriasis unguéal, Meneau apporte trois cas de psoriasis rubra avec chute des ongles. Dans l'un, les vingt ongles sont tombés. Dans un autre ceux des orteils, enfin dans le troisième deux ongles seulement ce sont détachés. La chute des ongles dans le psoriasis a donc lieu le plus souvent dans le psoriasis rubra plus ou moins généralisé, mais une observation de Danlos prouve que ce fait peut se produire même dans un psoriasis ordinaire. Dans notre observation N° 2 nous voyons aussi la chute isolée d'un ongle d'un orteil sans psoriasis rubra. Nous parlons, bien entendu, ici de chute en bloc du phanère, car l'ongle peut aussi, en s'effritant, disparaître complètement.

Si l'atteinte de la matrice est moins intense, l'ongle seulement altéré dans sa structure pourra continuer de pousser. On le voit alors prendre un aspect grisâtre, devenir opaque et de structure irrégulière. Le moulage 329 de Lailler est bien représentatif de cette altération. Tous les ongles ont un aspect gris sale dans la région lunulaire, mais ils sont surtout opaques et leur surface de polie est devenue raboteuse. La coloration est peut-être dûe en partie à l'huile de cade, car sur le pouce la même zone est opaque et dépolie mais d'un blanc assez pur. A ce degré d'altération la lame n'en conserve pas moins sa résistance ordinaire. Dans l'observation N° 8 de Meneau il semble que les lésions soient

plus avancées. Voici comment il les décrit: « la région postérieure plus malade est nettement séparée de la précédente et se trouve en contrebas, sa surface est assez dure, rugueuse, inégale, mais présente un certain degré de flexibilité au niveau de la lunule. La rugosité est surtout dûe à des cannelures longitudinales et à l'état d'effritement de la surface qui desquame un peu en farine et devient sensiblement nacrée au grattage ». La desquamation et l'aspect blanc nacré de la lame sous l'influence du grattage témoignent donc d'un manque de cohésion des cellules de l'ongle en rapport avec l'atteinte de la matrice. Lorsque la production est absolument troublée cet effritement peut être pour ainsi dire total et l'ongle tombe en s'émiettant. Au-dessous du niveau du lit il se produit de nouvelles masses squameuses et l'emplacement de l'ongle peut être couvert par une hyperkératose parfois d'un blanc nacré remarquable. Le type de cette altération nous est donné par le moulage N° 2538 d'un malade de Darier. L'emplacement des ongles malades est occupé par des masses plâtreuses d'aspect papillomateux. Il est évident qu'il ne s'agit pas là d'altération de la lame, mais d'hyperkératose du lit. Mais si l'on regarde vers la racine, on aperçoit immédiatement en avant du repli sus-unguéal une zone à peu près plane qui représente ce qui reste de la lame cornée dont la partie antérieure est tombée en poussière. Il semble donc que ce soit là le dernier terme de l'action du psoriasis sur la matrice unguéale.

Nous devons ajouter que, quelle que soit l'origine de la disparition de l'ongle dans le psoriasis, elle est le plus souvent temporaire, mais il est pourtant des cas où elle est définitive. Dans l'observation N° 1 de Meneau un des ongles

a été définitivement altéré et ne repousse plus qu'en deux fragments. Une autre fois c'est deux ongles qui manquent depuis deux ans. Il y a, au musée Saint-Louis, un moulage d'un malade de Guibout où l'on voit tous les ongles d'une main n'être plus représentés que par des vestiges atrophiés. Il est fâcheux qu'aucune publication ne permette de connaître les circonstances de la chute de ces phanères.

A côté de la destruction totale de l'ongle par le processus dont nous venons de parler, il faut faire place à des pertes de substances fragmentaires que l'on observe parfois au cours du psoriasis unguéal. Ancel, dans son observation N° 3, note deux pertes de substance au niveau de la lunule de l'ongle de chaque côté de celui-ci. Nous avons observé également un fait analogue dans notre observation N° 1. A un degré léger on voit comme un coup de gouge pratiqué sur l'ongle; si l'altération est plus profonde, l'ongle manque totalement sur une petite étendue et n'est représenté que par une substance molle comme nous l'avons observé dans la même observation.

Nous devons également faire figurer avec le psoriasis de la matrice les modifications d'épaisseur de l'ongle.

Ancel attache une grande importance à l'amincissement de la lame et il note ce caractère sur plusieurs de ses observations. Il est certain que plusieurs auteurs ont noté cet amincissement de l'ongle. Le cas du chirurgien d'Hutchinson qui ne pouvait se servir de ses doigts sans briser ses ongles devenus extrêmement minces et fragiles est connu et typique. Il faut dire, que dans ces cas il y a souvent défaut de l'apport corné du lit. Dans l'observation dont nous

venons de parler, on pouvait, en effet, passer un stylet sous les ongles.

La modification inverse que peut subir la lame, consiste dans l'augmentation de son épaisseur. Il ne s'agit pas, bien entendu, de l'épaisseur apparente qu'apporte à la lame l'hyperkératose sous-unguéale. L'ongle épaissi doit conserver son aspect hyalin, sa dureté et son poli caractéristiques. Présentée de cette façon, l'augmentation d'épaisseur ne nous a pas paru fréquente dans les observations. Pourtant Sabouraud dans sa dermatologie topographique note que l'altération de l'ongle peut aller jusqu'à l'onychogryphosis. Une observation de ce genre existe; c'est celle publiée par Sibley en 1914. Il s'agit d'un psoriasis compliqué d'arthropathies chez une jeune fille. L'onychogryphose est très marquée aux ongles des orteils qui atteignent plusieurs centimètres de long et une épaisseur de près d'un demi-centimètre qui empêchait la malade de les couper. De tels cas doivent vraisemblablement être rares; mais à un degré moindre le fait est peut-être plus fréquent que la lecture des observations ne pourrait le faire supposer. Chez deux de nos malades nous avons observé en effet une augmentation notable de l'épaisseur de l'ongle. Dans l'observation N° 5 le patient nous a dit avoir quelque peine à se couper les ongles à cause de leur épaississement. Il faut, pensons-nous, voir dans ces faits un cas particulier de la loi générale d'après laquelle un excitant commence par stimuler l'activité cellulaire avant de l'inhiber ou de la troubler. Ainsi dans notre observation N° 1 l'ongle d'un gros orteil a une section de trois ou quatre millimètres; mais à un centimètre au-dessus de cette zone épais-

sie l'ongle est brusquement déprimé et probablement aminci jusqu'à sa racine.

Avant que l'opacité de l'ongle ne masque la lunule, il est naturel de se demander, si le psoriasis ne se manifeste pas de quelque manière dans cette région. Schültz, le premier, a répondu à la question en attirant l'attention sur un piqueté rouge qu'on voit parfois dans la partie la plus reculée de la racine et sur la lunule. Il a attribué ces points à la présence de papilles néoformées. Nous ne pensons pas qu'il faille faire une distinction absolue entre ces ponctuations et les flammèches hemorragiques, signalées par les autres auteurs et dont le siège est non seulement la matrice, mais le lit de l'ongle. Ce qui nous le ferait penser, c'est le fait que nous avons observé sur notre malade de l'observation N° 4. La lame de structure fibreuse avait chez lui une coloration grise qui, à un examen attentif, apparaissait être le résultat d'une série de stries brunâtre, incluses dans la lame. En dissociant l'ongle avec la pointe d'une aiguille au niveau de ces stries, on constatait qu'elles étaient constituées par de petites cavités fusiformes contenant une poudre brune ayant l'aspect de sang déssèché. Ces petites hemorragies avaient dû prendre naissance dans la région matricielle entre des travées cellulaires qui, par la suite, s'étaient kératinisées.

Les flammèches hemorragiques ont du reste le plus souvent cet aspect fusiforme et sont orientées dans le sens de la lame. On admet qu'elles siègent entre la lame et le corps muqueux, mais ce que nous avons observé doit, ce nous semble, apporter sur ce point une légère rectification. Ces flammèches ne doivent pas être rares dans le psoriasis, car Frèche, dans les quatre observa-

tions qu'il rapporte de psoriasis du lit en a toujours observé quelques unes.

Psoriasis du lit de l'ongle.

Nous arrivons maintenant à l'étude du psoriasis du lit de l'ongle qui n'est peut-être pas le moins caractéristique ni le moins utile pour le diagnostic de l'affection. Le lit réagit en effet de façon à peu près constante lorsqu'il est envahi par le psoriasis. Les observations sur ce chapitre sont assez concordantes.

Le psoriasis du lit a un aspect bien différent suivant qu'on le surprend à son début ou bien qu'on ne l'observe qu'après une évolution plus ou moins longue. Frèche, dans une série d'observations, a minutieusement décrit l'apparition de la papule psoriasique sur le lit unguéal. On voit apparaître, le plus souvent, sur le bord antérieur ou sur des bords latéraux de l'ongle, une tache brune à limites ordinairement précises à laquelle son aspect particulier a fait donner le nom de tache fumée. Cette tache est plus foncée que le fond rose du lit et paraît dûe à deux causes: d'abord la congestion locale, ensuite le décollement de l'ongle en ce point. En effet, si par la pression on chasse le sang, la tache palit, mais il subsiste toujours une coloration jaunâtre probablement due au décollement.

Nous avons observé les taches fumées décrites par Frèche et notre observation N° 3 en donne un exemple. Nous n'avons vu, par contre, qu'exceptionnellement le liseré blanc très fin qu'il signale border parfois ces taches psoriasiques. Nous signalons de nouveau la présence possible sur le lit de flammèches hémorragiques. Le plus souvent, lors-

qu'on examine le psoriasis unguéal, évoluant depuis quelque temps, il s'est produit entre la lame et le lit une accumulation de squames qui lui donne un aspect bien différent.

Vu par transparence, ces squames cachent le lit et donnent à l'ongle une coloration jaunâtre qui ne se modifie pas par la pression. Si on examine l'ongle par son extrémité antérieure, on le voit soulevé par une hyperkératose plus ou moins abondante. On peut voir, et cela est fréquent, l'ongle sortir de ses sertissures latérales et s'en écarter de plusieurs millimètres (moulage de Lailler N° 329). Les amas kératosiques peuvent affecter l'aspect dit en moelle de jonc (ob. pers. N° 5). Souvent elle est amorphe. Les caractères physiques de cette hyperkératose sont: la blancheur, la friabilité et la réduction facile par pression entre la pulpe des doigts en une poussière farineuse assez fine. On peut dire que ces caractères se retrouvent dans la plupart des observations dans lesquelles il est question de l'hyperkératose psoriasique. Nous devons signaler une exception certaine, c'est celle qui nous est donnée par une observation de Danlos. Chez ce malade le lit était couvert d'une substance cornée très dure ainsi du reste que la partie adjacente de l'épiderme pulpaire; mais nous ferons remarquer que ce cas se rapproche du psoriasis rubra et qu'ensuite l'auteur signale une tendance au suintement, ce qui, pour un psoriasis est bien un caractère exceptionnel. Il semble donc que ce fait isolé vienne confirmer ce que nous avons dit plus haut du caractère habituel de l'hyperkératose du psoriasis.

Comme exemple de cette hyperkératose signalons surtout notre observation N° 5 où elle est assez abondante. Mais c'est là un fait banal et la plupart des observations de

Frèche et de Meneau en font mention. Seul Ancel ne signale pas cette altération et, nous l'avons déjà vu, en fait, au contraire, un trait distinctif de l'eczema ungueal. Cette hyperkératose peut gagner tout l'étendue du lit. Souvent elle s'arrête brusquement au niveau de la lunule (observ. 5 de Meneau). Cette resistance particulière de la région matricielle paraît être une loi générale, et les cas où la lame elle-même tombe en poussière, sont en somme rares. Ainsi, dans notre observation N° 5, le psoriasis est intense sur le lit aussi bien que dans la region sus-ungueale, mais l'ongle lui-même a conservé sa transparence et sa structure normale.

Disons ici un mot des modifications générales de la forme de l'ongle qui paraissent dues, le plus souvent, aux altérations du lit, qu'il soit hyperkératosé ou œdématié. On observe parfois la forme hippocratique, moins l'élargissement du doigt; Meneau la signale deux fois (dans ses observations de psoriasis aigu, il est vrai). Citons aussi le moulage N° 602 d'un malade de Lailler atteint de psoriasis avec arthropathies où les ongles sont fortement bombés dans le sens longitudinal. La déformation par augmentation de la courbure transversale peut également s'observer; témoin le moulage N° 1629 d'un malade d'Hallopeau dans lequel les ongles ont un aspect cylindrique, caractéristique.

Nous avons gardé pour la fin de cet exposé une forme qui doit être extrèmement rare, puisqu'on n'en connaît qu'une observation publiée par Vérité en 1776. Il s'agissait d'un psoriasis super-unguéal dans lequel la lame était entièrement recouverte par des squames épaisses et solidaires de formations analogues de l'extrémité pulpaire des doigts. A la suite d'une cure hydrominérale ce capuchon se détacha

tout d'une pièce, portant à sa face inférieure l'empreinte de l'ongle qui apparut sain au-dessous. Peut-être s'agit-il là d'un cas exceptionnel d'adhérence du repli épidermique sus-unguéal. Dans notre observation N° 7 nous avons remarqué une adhérence anormale de ce repli qui, du reste, n'était pas squameux.

Ces altérations du repli épidermique nous amènent à dire un mot de l'état du péri-ongle dans le psoriasis. Sabouraud note qu'il est rarement atteint, à l'inverse de ce qui se passe dans l'eczéma. Les modifications du repli sus-unguéal sont, en effet, notées de façon bien inconstante. Il faut ici faire une place à part au psoriasis rubra dans lequel il y a gonflement des replis péri-unguéaux qui sont parfois même douloureux comme cela se voit dans les observations de Meneau. De même dans l'observation de Danlos il y eut un véritable périonyxis avec rougeur et œdème.

Dans le cas du psoriasis simple, si l'ongle est très altéré, il est bien rare que le gonflement ou au moins la rougeur et l'état squameux des réplis unguéaux manque absolument. Ainsi notre observation N° 4 où les ongles ont une dépression transversale accentuée, le moulage 329 dans lequel l'ongle est altéré dans sa structure, celui dû à Darier, celui de Lailler N° 602, présentent du gonflement et parfois un état psoriasique des replis sus-unguéaux.

Si, au contraire, la lame n'est altérée que superficiellement, le repli sus-unguéal est bien souvent parfaitement sain.

Arrivés au terme de cette analyse, nous allons, dans un court chapitre, faire un exposé des aspects cliniques du psoriasis unguéal.

Le psoriasis unguéal au point de vue clinique.

Nous venons de nous faire une idée de polymorphisme extraordinaire des lésions unguéales dans le psoriasis. Voyons maintenant comment ces faits se présentent en clinique. D'une façon toute naturelle on est conduit à classer le psoriasis unguéal en trois catégories.

1° Psoriasis unguéal dans le psoriasis rubra.

2° Dans le psoriasis ordinaire.

3° Chez les sujets encore indemnes de tout psoriasis, ou psoriasis primitif de l'ongle.

Dans le psoriasis rubra (observations de Meneau, de Schültze) on voit les bourrelets sus-unguéaux devenir rouges, tendus et douloureux. Tandis qu'une dépression profonde apparait au niveau de la racine de l'ongle. Si la poussée est suffisamment intense, au bout d'un certain temps les ongles tombent. Dans le cas de Danlos qui, sauf la généralisation, se rapproche du psoriasis rubra, il y a eu formation sur le lit et le bout des doigts d'une hyperkératose dure, puis chute des ongles. C'est dans ces cas aigus qu'il faut s'attendre à trouver quelques symptômes subjectifs comme un picotement localisé aux ongles ou même une douleur assez vive. Mais dans une observation de Meneau, où il n'est pas question de psoriasis rubra, cette douleur est signalée.

C'est dans la deuxième catégorie que rentrent la majeure partie des cas de psoriasis unguéal que l'on peut observer. Il est fréquent, en effet, de voir des altérations unguéales dans un psoriasis pour peu qu'il soit étendu ou prédominant aux extrémités; mais les statistiques qu'on a fait à ce sujet, sont loin d'être concordantes. Cela dépend naturellement du

fait que certains auteurs ne retiennent que les psoriasis unguéaux caractérisés et que d'autres font entrer dans leurs statistiques les altérations unguéales même légères. Voici quelques chiffres d'après Heller: Jadasson compte 7 cas de psoriasis unguéal sur 71 cas de psoriasis; Schültz en compte 17 sur 100; Nielsen 7 sur 66; Rosenthal 4 sur 200.

A quel moment apparaissent les altérations unguéales; parfois dès le début du psoriasis, comme dans notre observation N° 1, mais le plus souvent elles sont tardives et se montrent, comme le remarque Nielsen, dans les psoriasis étendus et invétérés. Il ne paraît pas possible d'établir une corrélation entre les lésions unguéales et telle ou telle forme de psoriasis. On remarque seulement ce qui est naturel, que les ongles sont plus souvent affectés quand la dermatose se localise aux extrémités. Ainsi dans notre observation N° 5, dans laquelle les vingt ongles étaient malades, le psoriasis était surtout intense aux mains et aux pieds.

Une question que l'on peut poser est celle des rapports du psoriasis arthropathique et des lésions unguéales. Nous devons dire tout de suite que pareille association ne paraît pas extrêmement fréquente. A propos d'un cas de Sibley ayant trait à une onychogryphosis dans un psoriasis compliqué d'arthropathies, Radcliffe Croocker fait remarquer que les altérations unguéales ne sont pas rares dans les arthropathies rhumatismales. Ne serait-ce pas que certains rhumatismes psoriasiques ne se manifesteraient au point de vue cutané que par des lésions unguéales?

L'observation dont nous parlerons tout à l'heure et que nous devons à notre maître, le Dr. Thibierge, serait bien pour confirmer ce point de vue.

A côté de l'observation de Sibley qui a contre elle de porter sur une altération exceptionnelle de l'ongle, citons celle de Meneau, dans laquelle il existait un rhumatisme invétéré avant l'apparition de l'onychopathie. Parmi les moulages du musée Saint-Louis il y en a deux qui ont trait à des psoriasis arthropathiques. Dans ces deux cas les ongles sont fortement bombés. Nous ferons également remarquer que le seul cas de psoriasis intense des ongles qu'il nous ait été donné d'observer, s'accompagnait d'arthopathies avec déformation marquées siégeant aux mains et aux pieds. Enfin, le cas observé par le Dr. Thibierge, est particulièrement intéressant. Il existait des arthropathies coexistant avec des altérations unguéales consistant surtout en hyperkératose, mais aucune manifestation cutanée. Ce n'est que plus tard que l'apparition de taches caractéristiques sur la peau fit confirmer le diagnostic de psoriasis.

Les faits que nous venons de rapporter sont en trop petit nombre pour qu'on puisse conclure autre chose que la coexistence possible des arthropathies et du psoriasis unguéal. En cas de lésions isolées de l'ongle, accompagnées d'arthropathies, il est donc permis de penser au psoriasis comme le prouvent le cas de Meneau et celui de Thibierge.

Il nous reste à dire un mot de la troisième catégorie de faits, ceux, dans lesquels le psoriasis est apparu aux ongles avant toute manifestation cutanée. Nielsen a nié l'existence du psoriasis primitif des ongles. Pour lui il existe toujours du psoriasis de la peau vague.

Il a pourtant été publié des cas de psoriasis primitif des ongles qui ne paraissent pas douteux. Il ne faut pas retenir,

évidemment, un cas dû à Smith, qui est manifestement un eczéma. Sans parler de l'observation de Spadaro de Bologne, citée par Heller, Meneau a deux observations de psoriasis primitif. Dans l'un il s'agit d'un ancien rhumatisant ayant présenté une série d'altérations unguéales en particulier de l'hyperkératose plâtreuse. Le diagnostic de psoriasis a été fait sur les lésions cutanées péri-unguéales, aussi Heller considère-t-il le cas comme incertain. L'autre observation est celle d'un enfant de 3 ans et demi. Les altérations unguéales consistaient en ponctuations, striations et en un état squameux de la surface de l'ongle. Les lésions cutanées observées par la suite firent faire le diagnostic.

En juin 1904, Bussière et Dubreuilh ont publié un cas de psoriasis primitif chez un enfant de 9 ans. Ici aucune confirmation cutanée, aussi Dubreuilh avoue-t-il n'avoir fait le diagnostic que par élimination des autres affections comme l'eczéma et les mycoses.

Nous rapporterons, pour ajouter à ce dossier l'observation présentée par le Dr. Thibierge au congrès de dermatologie de 1900. La voici, tel qu'a bien voulu nous l'exposer l'éminent dermatologiste. Le malade, un homme d'une vingtaine d'années lui fut envoyé par un spécialiste très connu des maladies nerveuses avec le diagnostic de troubles trophiques des articulations et des ongles. Il présentait, en effet, des arthropathies multiples des pieds et des orteils. Les ongles de ces derniers étaient nettement soulevés par une hyperkératose abondante, assez dure et présentant l'aspect dit en moelle de jonc. Notre maître pensa au psoriasis, mais l'absence de lésions cutanées empêchait un diagnostic certain lorsque, peu avant le congrès, des taches de psoriasis

typiques apparurent sur le dos des pieds. Le malade put donc être présenté comme psoriasis primitif des ongles non douteux. Malheureusement le malade fut perdu de vue et on ne put suivre l'évolution de la dermatose.

OBSERVATION I

(*Personnelle.*)

Dehn.... Alfred. 52 ans. Aucun psoriasis chez les ascentants ni les collatéraux, pas d'antécédents pathologiques à noter, ni héréditaires, ni personnels. Début du psoriasis à 12 ans. Dès le début il a été assez étendu. Pendant 14 ans, à partir de 1903, il a été très atténué. Depuis il y a eu une série de poussées et le malade est venu six fois à l'hôpital. La poussée actuelle a débuté il y a six mois. Ce n'est que depuis l'an dernier que le psoriasis s'est compliqué de quelques arthralgies. C'est une forme typique en plaques occupant le tronc et les membres.

Les ongles, au dire du malade, ont présenté dès le début des altérations qui n'ont jamais été très importantes.

Main droite. Pouce. Une ponctuation sur le limbe; légère hyperkératose sous-unguéale, friable vers le bord antérieur.

Index. A la partie moyenne petite tache jaunâtre sur le lit. Hyperkératose noirâtre à la partie antérieure de l'ongle, devenant blanche par le grattage et se détachant facilement.

Médius. Le repli épidermique sus-unguéal adhère à l'ongle sur une longueur de trois à quatre millimètres. A la partie antérieure on voit une zone d'aspect fumé à bords irréguliers, mais assez nets et correspondant à de l'hyperkératose sous-unguéale. Sur le limbe cinq ponctuations en série linéaire.

Annulaire. Sur la lame, à l'angle de la racine, est une surface arrondie de trois millimètres environ au niveau de laquelle l'ongle est creusé; au fond est une matière fibreuse blanchâtre qui se laisse dilacérer très facilement; hyperkératose légère sous-unguéale à la partie toute antérieure du lit.

Auriculaire. L'ongle est soulevé en avant par une hyperkératose présentant les mêmes caractères qu'aux autres ongles et d'une épaisseur de trois millimètres environ.

Main gauche. Pouce. Une dizaine de ponctuations en arc à la partie antérieure.

Index. Quelques ponctuations disséminées.

Annulaire. Surface de trois millimètres qui paraît creusée en coup de gouge, et dont le fond est dur et lisse.

Auriculaire. On y voit, à la partie antérieure, une perte de substance de trois millimètres environ, de forme irréguilère, et qui perfore l'ongle entièrement.

Pieds. Les ongles y sont plus altérés qu'aux mains. L'hyperkératose est très abondante et soulève l'extrémité antérieure des ongles de plusieurs millimètres. Cette hyperkératose. comme aux mains, est friable et de coloration blanchâtre quand on la gratte. C'est aux gros orteils que les lésions sont le plus typique. La surface de ces ongles est extrêmement rugueuse et noirâtre, avec une striation transversale très accusée. Sur l'un des orteils la partie antérieure de la lame est très épaissie et présente une section de quatre millimètres environ. Au-dessous l'hyperkératose atteint l'épaisseur d'un demi centimètre; elle est blanche; elle est un peu plus résistante qu'aux mains, mais se laisse pourtant réduire en poussièàre.

A noter dans cette observation l'adhérence anormale du repli épidermique sus-unguéal aux ongles des mains. Le malade a remarqué qu'à certains moments ce repli pouvait atteindre jusqu'à la partie moyenne de la lame.

OBSERVATION 2

(*Personnelle.*)

Dela.... Charles, 56 ans, maçon. A. H. Aucun antécédent dermatologique. 13 frères et sœurs vivants et bien portants. Début de la maladie à 28 ans par des lésions à l'épaule, puis aux genoux et aux pouces. Depuis cette époque, le psoriasis n'a pas disparu tout en restant assez discret. Il y a neuf mois, poussée assez étendue, soigné à l'hôpital où il fut à peu près blanchi. Il n'a jusqu'ici jamais présenté aucune lésion unguéale. Actuellement, on constate un psoriasis caractéristique très étendu constitué par des placards variant de la dimension d'une pièce de cent sous à celle de deux paumes de mains. Ces placards sont polycyclique, rouges sombre au centre et squameux à la périphérie. On les voit distribués assez régulièrement sur le tronc et sur les membres. Il y a aussi quelques plaques squameuses sur le cuir chevelu. Les mains sont saines à leur face dorsale. Leur face palmaire est au contraire très psoriasique.

Elles présentent de l'hyperkératose avec desquamation. Les lésions y débutent par une petite papule de la grosseur d'une tête d'épingle qui desquame, de sorte qu'elle est bientôt remplacée par une petite cavité à bords squameux. Puis cette lésion s'étend et prend l'aspect d'un placard squameux et blanchâtre. Si l'on gratte, on obtient la tache de bougie et des squames caractéristiques.

Lésions des ongles. Main droite. Pouce. Le péri-ongle est normal, le limbe est également normal dans la forme générale. Il est un peu plus strié que normalement dans le sens longitudinal. Il y a aussi quelques légères stries transversales n'occupant que la partie moyenne et quelques ponctuations peu profondes. Sur le bord cubital on voit une ligne d'hyperkératose, se manifestant par transparence par une ligne jaunâtre.

Médius. Quelques lésions sur les bords latéraux et sur la face dorsale des doigts. Le limbe présente des ponctuations très superficielles et disposées en deux lignes transversales à la partie moyenne. Vers l'extrémité, par transparence, on voit sur le lit une tache brun rouge, bordée par un fin liséré blanc.

Annulaire. Péri-ongle normal. L'ongle est plus bombé que normalement dans le sens longitudinal; à la partie moyenne il y a deux sillons transversaux assez profonds et à bords à pic. Tout le long du bord de l'ongle, à partir de la racine, est une bande de psoriasis sous-unguéale, présentant une teinte fumée sans bords apparents ou même un aspect franchement jaunâtre. Ces bords sont donc décollés sur une largeur d'environ trois millimètres; l'hyperkératose est friable et d'aspect nacré.

Auriculaire. Pas d'altération sensible du limbe, mais existence d'une hyperkératose étendue à tout le lit et atteignant presque la lunule. Aussi l'ongle apparaît-il jaunâtre dans sa totalité. Le bord libre est séparé du lit par une épaisseur de squames d'un millimètre. Elles sont jaunâtres et d'aspect gras.

Main gauche. Seul le pouce présente des altérations. Le péri-ongle est normal. Le limbe présente une légère striation longitudinale. Il y a une tache fumée, occupant environ la moitié antérieure de l'ongle, puis une étroite zone saine, enfin une nouvelle surface jaune qui atteint les deux bords latéraux. L'hyperkératose atteint un millimètre environ. A noter dans l'épaisseur de l'ongle deux petites taches sanguines de couleur violette de la largeur d'une fine pointe d'aiguille.

Pied gauche. Le gros orteil présente sur sa surface trois arc transversaux d'un millimètre de large à fond dépoli et strié. A cinq millimètres environ du bord antérieur, se voit une tache jaune d'hyperkératose, limitée par une ligne irrégulière, mais assez nette. Le bord antérieur est soulevé par une épaisseur de squames de trois millimètres. Ces squames se laissent pulvériser mais sont plus résistantes qu'aux ongles des mains.

Mêmes lésions au gros orteil droit qui, au dire du malade, est tombé en bloc à la dernière poussée psoriasique.

OBSERVATION 3

(Personnelle.)

Dur.. Louise, 46 ans. Père mort bacillaire à 42 ans. Cinq frères ou sœurs morts jeunes d'affections inconnues. Un seul frère vivant. Personnellement la malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents. En 1914, pour la première fois, la malade vit apparaître sur le corps de petits boutons rouges accompagnés de prurit. Elle fut soignée et guérit. Il y a six mois récidive. Actuellement, la malade a un psoriasis caractérisé, en gouttes ou en plaques, suivant les régions. Les éléments sont disséminés sur tous les téguments, cuir chevelu compris.

Main droite. Quelques papules sur le dos de la main. *Pouce.* Sur le repli sus-unguéal papule de la grosseur d'une lentille, rouge et squameuse. La lame ne présente que de légères ondulations. Sur le lit près du bord libre est une tache psoriasique de couleur rouge brun; par la pression, cette tache palit et il ne reste plus qu'une zone d'aspect fumé. Si on soulève le bord libre avec un instrument mousse, on peut enlever quelques squames et au-dessous le lit apparaît rouge vif.

Auriculaire. Il y a une tache squameuse sur le repli sus-unguéal. Rien sur la lame. Près du bord libre de l'ongle est une tache brun rouge à bords nets qui, à la pression, prend l'aspect de verre fumé signalé plus haut.

Auriculaire. Tache psoriasique sur le repli sus-unguéal, rien sur la lame. Sur l'extrémité du doigt papule psoriasique qui empiète sur le lit et y prend l'aspect signalé plus haut; mais ici la tache brune est nettement limitée par un fin liséré blanc. Il y a un peu d'hyperkératose qui adhère davantage à l'ongle qu'au lit.

Main gauche. Elle est plus atteinte que la droite.

Pouce. Le repli sus-unguéal est sain. Tache jaune brun sur le bord antérieur du lit.

Index. Le repli est psoriasique sur toute son étendue. La lame est saine. Petite papule jaunâtre sur le bord antérieur.

Médius. Papule psoriasique sur le repli sus-unguéal. Petite tache sur le lit vers le bord libre. Il y a, à cet endroit, une hyperkératose importante. formée de squames friables qui blanchissent par le grattage. Sur la lame se voit une minuscule ponctuation.

En résumé, les lésions atteignent surtout le repli sus-unguéal et la partie antérieure du lit.

OBSERVATION 4

(*Personnelle.*)

Bar.... Marcel, journalier, 39 ans. Mère morte poitrinaire, trois frères, dont deux morts de bacillose pulmonaire. Personnellement, le malade n'a eu aucune affection sérieuse et a une bonne santé ordinaire.

Le psoriasis caractéristique, dont est atteint le malade, a commencé à l'âge de 12 ans par des blaques squameuses sur les coudes et les genoux. Peu à peu, l'éruption s'est étendue. A la suite d'un traitement la guérison est survenue durant deux ans. Il y a quelques mois, nouvelle rechute. Actuellement, le malade présente du psoriasis en gouttes sur toute la surface des téguments. Les éléments sur le tronc sont plus larges et atteignent la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Les mains sont particulièrement atteintes, toute la face dorsale est rouge squameuse; les squames sont larges et limitées par des fissures qui sont à vif et saignent parfois.

Lésions des ongles. Tous les ongles sont plus ou moins atteints, mais les lésions sont toutes semblables. Le péri-ongle du côté dorsal est squameux et psoriasique, alors que la pulpe des doigts est saine. Le repli épidermique sus-unguéal existe, mais reste souvent adhérent à l'ongle. La lame unguéale est normale dans les deux tiers antérieurs, mais au tiers postérieur est un sillon transveral en arc à concavité supérieure et surtout

marqué à la partie moyenne de l'ongle. Ce sillon est peu profond et plus comparable à une ondulation de trois millimètres de large environ. Sur ce sillon l'ongle présente un état fibreux, strié longitudinalement; ces stries ont une coloration brune d'où l'aspect coloré et opaque des ondulations. Examinées à la loupe, ces stries apparaissent comme de fines paillettes brunes, incluses dans l'ongle. En effet, si avec la pointe d'une aiguille on dissocie l'ongle au niveau des plus grandes de ces stries, on constate que ce sont de petites cavités pleines d'une substance brune, qui a l'aspect du sang desséché.

En avant de ces sillons et en arrière d'eux, formant bordure, sont quelques ponctuations assez superficielles et peu nettes. Le lit paraît normal; ni hyperkératose, ni taches fumées. La lunule n'est pas visible, la région avoisinant la racine de l'ongle étant opaque. Le pied présente des lésions psoriasiques beaucoup plus discrètes. Les ongles ont les mêmes sillons transversaux avec quelques ponctuations.

OBSERVATION 5

(*Personnelle.*)

Malade du service de M. le professeur Jeanselme.

Raup...., 57 ans, parqueteur. Le malade a eu la première atteinte de psoriasis en 1910. Le premier placard est apparu sur la jambe gauche, puis peu à peu les lésions ont gagné les genoux, les coudes et les avant-bras. Au dire du malade, dès le début les ongles ont été atteints, bien que d'une façon moins marquée qu'actuellement. A la suite d'un traitement à l'hôpital Saint-Louis, le malade avait été à peu près blanchi et les lésions cutanées avaient disparu, sauf aux ongles qui n'ont pas cessé d'être altérés. Il y a un an environ, les lésions reapparaissaient aux mêmes points que précédemment, plus quelques placards aux fesses et sur le cuir chevelu. En même temps, les lésions des ongles devenaient plus intenses et des nouures apparaissaient sur diverses articulations phalangiennes. Le malade nie pourtant avoir beaucoup souffert de ces articulations. Au moment où nous examinons le malade, les lésions ont, paraît-il, bien diminué à la suite d'un traitement de plusieurs mois. Le dos des mains et des doigts était entièrement psoriasique et œdématié.

Il en était de même des pieds et des orteils. Actuellement, voici ce que nous voyons.

Mains. Le dos des mains et des doigts est peut-être encore un peu rouge, mais on ne voit aucune squame. Ce qui frappe, c'est l'existence de nouures à plusieurs articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes. De plus, tous les bouts des doigts sont gros, élargis transversalement et présentent en somme un peu la déformation en baguette de tambour. Absolument tous les ongles sont altérés. Les replis sus-unguéaux sont également tous plus ou moins œdématiés. Quelques-uns seulement présentent encore une certaine rougeur. Les lésions des ongles sont toutes semblables, ne différant les unes des autres que par leur intensité.

La forme générale de la lame n'est pas très altérée. Plusieurs ont pourtant quelques larges ondulations transversales. Le médius gauche serait, à ce point de vue, le plus déformé. Il présente vers la racine une dépression suivie d'une véritable bosse qui la surplombe d'environ cinq millimètres. La lame est soulevée en avant, comme nous le verrons plus loin, par une abondante hyperkératose du lit et de ce fait un peu dégagée des rainures latérales. L'altération qui frappe d'abord, quand on examine les ongles du malade, est leur état strié dans le sens transversal. Ces stries couvrent absolument toute la surface des ongles. Elles sont parfois légèrement arquées ou ondulées ou presque droites. Ce sont, en somme, des sillons, mais peu profonds. Ils ont, au maximum, un demi millimètre de profondeud et un de largeur. Ils sont absolument juxtaposés et ne laissent aucun point de la surface de l'ongle absolument sain. Ils donnent à l'ongle un aspect hachuré qui rappelle celui d'une valve de coquillage. Ces stries ne sont pas les seules. il y en a également de longitudinales qui sont plus discrètes, plus superficielles, mais qu'on distingue parfaitement surtout sur les points où les premières sont moins accentuées.

Elles sont parfaitement parallèles et rectilignes, larges d'environ un quart de millimètre et séparées par une crête de même dimension qui est, en somme, une cannelure. Il semble bien que ces sillons soient le résultat de la confusion d'un grand nombre de ponctuations extrêmement fines. En effet, elles sont toujours interrompues par un minuscule arc de cercle et partout où manque le sillon, on peut trouver dans la même direction des ponctuations rondes parfaitement alignées. Nous avons égale-

ment trouvé sur l'ongle de l'annulaire gauche, cinq ou six ponctuations disposées sans ordre, mais nettement plus grandes que celles qu'on voit habituellement.

Si l'on fait abstraction de l'état brouillé de la surface de l'ongle, la masse unguéale elle-même est restée hyaline et ne paraît pas avoir perdu sa transparence. Malgré l'état quadrillé que nous venons de décrire, sa surface n'a même rien perdu de son poli.

Si on examine l'ongle vers sa rainure antérieure, on remarque, que la lame est séparée du lit par une masse noirâtre. La lame elle-même paraît épaissie. Le malade nous dit, en effet, qu'il a beaucoup de peine à couper ses ongles. L'épaisseur de l'hyperkératose est en moyenne de trois à quatre millimètres, mais, au dire du malade, elle a été beaucoup plus considérable.

Cette hyperkératose a un aspect en moelle de joue, c'est-à-dire qu'elle est disposée en trainées longitudinales. Elle est très friable et s'enlève en débris plus ou moins gros. Si on presse ces fragments entre les doigts, ils se réduisent facilement en une fine poussière blanchâtre.

Aux pieds, les lésions sont les mêmes. Tous les ongles des orteils sont altérés. Aux gros orteils l'hyperkératose atteint un demi-centimètre d'épaisseur. Ici cette hyperkératose mieux à l'abri des poussières est d'un blanc beaucoup plus nacré.

Le malade nous dit que, lorsque aux mains les lésions étaient plus accentuées, la lame soulevée était nettement amincée; sur certains doigts, en particulier sur l'index gauche, l'extrémité de l'ongle s'effritait au tiers de sa longueur et découvrait le lit avec ses squames.

Moulage N° 1629
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Hallopeau. Arthropathie avec psoriasis des ongles. Les ongles sont normaux à leur surface, mais ils ont une forme cylindrique par suite de l'exagération de leur courbure transversale. Il semble qu'il y ait aussi un peu d'hyperkératose sous-unguéale vers la racine antérieure, mais la déformation de l'ongle paraît due au gonflement du lit.

Moulage N° 602
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Obs. de Lailler. Psoriasis avec arthropathies. Les replis sus-unguéaux ont rouges squameux et un peu épaissis. L'ongle est

surtout extrêmement bombé dans le sens longitudinal. La partie qui avoisine le repli est déprimée assez fortement, de texture opaque, et présente de légères stries transversales.

Moulage N° 2533
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Malade de Darier, 1907.

Psoriasis de forme anormale. La main portait des taches de psoriasis typique, vérifiés par biopsie.

Le moulage représente les doigts de la main droite et du pied droit. A la main, les lésions atteignent les ongles des trois derniers doigts. Elles sont partout analogues. Le repli sus-unguéal n'est pas œdématié, tout au plus est-il un peu rouge sur certains doigts. Il semble que l'ongle ait été entièrement remplacé par une couche d'hyperkératose d'aspect blanc et plâtreux; celle-ci est composée d'une juxtaposition de petits tubercules arrondis de trois millimètres environ. Sur certains ongles on voit, en avant du repli, une zone à peu près plane qui paraît être le vestige de la lame qui s'est écaillée par la suite. L'ongle du gros orteil présente un aspect analogue, mais les tubercules signalés plus haut sont nettement plus gros, de sorte que l'aspect de l'hyperkératose est celle d'une pierre rocailleuse d'un blanc presque parfait. Ajoutons que le repli sus-unguéal du gros orteil est un peu œdématié et présente un aspect rouge vernissé qui est celui du psoriasis dont les squames ont été enlevées.

Moulage N° 329
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Malade de Lailler, 1874.

Psoriasis intense du dos des doigts. Les bourrelets sus-unguéaux sont également squameux et légèrement tuméfiés. Les ongles, à leur surface, présentent des altérations dans leur tiers supérieur avoisinant le repli. L'aspect de la lame y est rugueux opaque. La couleur noirâtre est peut-être due à l'huile de cade, car sur le pouce cette zone est au contraire blanche et d'aspect squameux. L'hyperkératose du lit est très abondante. Les ongles sont dégagés de leurs sertissures latérales et fortement soulevés en avant par une accumulation de squames atteignant un demi centimètre au pouce.

Moulage N° 1510
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Obs. de Quinquand, 1890.

Psoriasis des ongles chez un homme atteint de psoriasis classique. Ni la main, ni les replis sus-unguéaux ne présentent de lésions marquées. Les ongles sont surtout altérés en surface; la plupart sont criblés de ponctuations. L'auriculaire présente, à la partie moyenne, une ondulation dont le fond est strié longitudinalement de sillons assez profonds. Sur le pouce il y a aussi deux bandes semblables striées en longueur.

Moulage N° 23
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Psoriasis des ongles, Bazin.

Le dos de la main présente des lésions de psoriasis, les replis sont sains. Ce qui domine sur le moulage, ce sont les sillons transversaux profonds et étroits qui couvrent les ongles. Ils ont une couleur brune comme cela se voit toujours en pareil cas à cause de l'incrustation des poussières. Ils occupent la totalité ou une partie de la largeur de l'ongle; on en compte cinq à huit sur chaque lame. Il y a aussi ça et là quelques lésions analogues, mais disposées dans le sens longitudinal et ne dépassant pas quatre à cinq millimètres de long.

Moulage N° 605
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Besnier. Psoriasis des ongles des mains.

Ce moulage est surtout remarquable par les cannelures longitudinales que présentent tous les ongles. Ces cannelures sont séparées par des sillons d'égale largeur (un millimètre environ). Ils sont très régulièrement disposés depuis la racine jusqu'au quart antérieur de l'ongle. A cet endroit plusieurs de ceux-ci présentent au contraire une série de sillons transversaux.

Moulage N° 541
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Observation de Guibout.

Le bras est couvert de plaques psoriasiques avec squames très épaisses. Il y a eu chute de tous les ongles qui ne sont plus

représentés que par des rudiments atrophiques. Cette chute paraît définitive, car on ne voit aucune lésion sur les mains ni autour des ongles.

Moulage N° 2156
du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Obs. de du Castel.

Le dos des mains et des doigts est squameux. Tous les ongles portent à leur quart supérieur une dépression transversale profonde ayant l'aspect d'une ondulation régulière. La plus marquée de ces dépressions est celle du médius, qui doit avoir quatre millimètres de profondeur. Le fond de ces sillons est opaque et d'apparence squameuse et blanchâtre.

TROISIÈME PARTIE

LES LÉSIONS DES ONGLES DANS LES DERMITES ARTIFICIELLES DE CAUSE EXTERNE.

Généralités.

L'histoire des onychopathies professionnelles s'est, jusqu'à ces derniers temps, confondue à peu près avec celle de l'eczéma des ongles. La plupart des observations d'eczéma unguéal ne sont autres, en effet, que des dermites artificielles. La confusion a même été plus grande encore puisque nous avons vu Rayer parler du psoriasis unguéal comme d'une extension à ces phanères de la gale des épiciers ou de la dermite des blanchisseuses. Cela tient à la compréhension plus grande qu'on donnait alors à ces deux dermatoses. Aussi lorsque Heller étudie l'eczéma des ongles, il range dans l'étiologie les agents thermiques, chimiques et mécaniques et résume le tout sous le vocable d'irritation professionnelle. C'est qu'en effet, le plus souvent sous l'influence des différents irritants, la peau réagit par une dermite eczématiforme ; mais il ne faut pourtant pas généraliser et la réaction eczémateuse comme nous le verrons plus loin, ne correspond pas à tous les faits ; certaines onychopathies professionnelles présentent même des caractères assez spécifiques pour qu'il y ait lieu de leur faire une place dans le cadre nosologique. C'est par

exemple le cas du mal des confiseurs, décrit par Poncet et ses élèves et celui du mal des plongeurs. Il est aussi une dermite de cause externe, qui amène sur les ongles des modifications d'aspect assez constant. C'est la radiodermite. La radiodermite des ongles n'a pas été isolée en tant qu'onychopathie particulière. Nous croyons qu'elle mérite de l'être, car nous serions tentés de dire que de toutes les onychopathies par dermite d'origine externe, à part celle des confiseurs, c'est peut-être elle qui présente le plus d'individualité morphologique. Nous allons donc étudier rapidement ces trois formes de dermite unguéale, puis nous verrons quelle idée on doit se faire des lésions des ongles dans les dermites professionnelles banales et non classées.

Le mal des confiseurs.

C'est en 1889 que Poncet de Lyon attira l'attention sur une maladie professionnelle qui atteignait les ongles des ouvriers occupés à la préparation des fruits confits. Son élève Chaussende a, dans une thèse, réuni un certain nombre de cas de cette affection et en a précisé les caractères. Voici brièvement exposé en quoi consiste le mal des confiseurs. Les ouvriers atteints sont ceux qui manipulent les fruits pour les faire cuire dans des sirops de sucre, dans lesquels ils sont appelés à plonger fréquemment les doigts. Poncet incrimine surtout pour l'étiologie de l'affection la présence du sucre, mais la température élevée des liquides, ainsi que leur alcalinité pour ceux, dans lesquels on fait macérer certains fruits, doivent aussi entrer en ligne de compte. Quoiqu'il en soit, voici les lésions qui ont été observées avec assez de constance. Les ongles les premiers atteints sont ceux du médius et de

l'annulaire droit qui sont les plus exposés au contact des liquides. Le bourrelet sus-unguéal devient rouge et douloureux; il s'œdématie et son épaisseur peut, par la suite, atteindre cinq à huit millimètres. C'est ce que Poucet a appelé le bourrelet en croissant. Ces symptômes précèdent toujours les altérations unguéales, mais celles-ci ne tardent pas à apparaître. C'est au niveau de la rainure sous-unguéale antérieure que se montrent les premières modifications; l'ongle s'épaissit; il se produit une sorte d'hyperkératose en même temps que la lame à son extrémité devient fragile et se brise en petits fragments. Souvent l'ongle prend en même temps une coloration noirâtre ou brunâtre qui est un des symptômes caractéristiques de l'affection. Si les lésions continuent à évoluer, l'ongle s'émiette sur une grande partie de son extrémité antérieure; sa surface devient irrégulière, bosselée, écailleuse. Au-dessous du repli sus-unguéal on voit souvent sourdre un peu de pus, et dans certains cas le repli lui-même est le siège de petits abcès. A la période la plus aiguë de l'affection, tout le bout du doigt apparaît gonflé et élargi. A ce moment les douleurs peuvent être assez vives surtout pendant la nuit. Elles s'exaspèrent lorsque le malade commence ses manipulations, puis il se produit une certaine accoutumance et l'ouvrier peut continuer son travail sans trop de peine. Lorsque le patient change d'occupation, les symptômes s'amendent peu à peu et l'affection finit par guérir. D'après Aubertin tous les ouvriers de la profession seraient plus ou moins atteints, de sorte que les altérations, dont nous venons de parler, auraient une certaine valeur en médecine légale.

Heller déclare que cette affection est inconnue en Allemagne; pour lui l'étiologie invoquée est trop étroite et de

pareilles lésions peuvent être trouvées chez des plongeurs ou des blanchisseuses. Cela nous paraît exagéré. Le mal des confiseurs a une individualité assez accusée pour lui conserver sa place dans le cadre nosologique. Ses caractères particuliers sont peut-être dûs, comme nous le verrons plus loin, à la nature spéciale de l'irritant très favorable aux infections.

Le mal des plongeurs.

En 1898, Labelle, sous l'inspiration de son maître Thiery, a décrit une dermatose et une onyxis auxquelles seraient fréquemment sujets les plongeurs des restaurants et des cafés. Les lésions de la peau des mains consistent en un épaississement de l'épiderme qui est sec et dur. Les plis sont très accusés à la face palmaire, qui parfois se fissurent profondement. Les lésions unguéales atteignent surtout les doigts de la main droite et particulièrement le médius, l'annulaire et l'auriculaire; l'ongle, dans sa partie supérieure, est sain, de même le repli sus-unguéal ne présente pas d'altération. L'extrémité libre de l'ongle, au contraire, présente une coloration noirâtre ardoisée; son aspect poli disparaît et elle devient rugueuse, crénelée, déchiquetée; de plus, la lame est soulevée par des stratés cornées qui la séparent du lit et qui présentent souvent l'aspect en moelle de jonc. L'auteur attribue une certaine importance, dans l'étiologie des lésions, au fait que les doigts viennent heurter fréquemment les assiettes au fond de la bassine pour les en retirer. A la suite de ces chocs répétés l'ongle s'userait et le lit à découvert réagirait par l'hyperkératose.

Il s'agit donc, dans le mal des plongeurs, d'une affection chronique, dans laquelle les lésions unguéales sont en somme

peu accusées et d'allure torpide. Nous verrons plus loin que les plongeurs sont suceptibles de présenter des dermites infiniment plus aiguës accompagnés d'altérations unguéales d'aspect bien différent.

Les lésions des ongles dans les radiodermites professionnelles

Au début de la pratique radiologique on a observé un grand nombre de radiodermites chez les médecins radiologistes et leurs garçons de laboratoire. Une plus grande prudence dans la manipulation des ampoules et de meilleurs moyens de protection tendent heureusement à rendre ces accidents beaucoup moins nombreux. Les radiodermites professionnelles qui ont été observées, sont le plus souvent des radiodermites des mains; aussi les ongles sont-ils souvent englobés dans l'affection. Dans un article sur les victimes de la radiodermite en Angleterre, Dean cite 25 cas de dermite professionnelle et ne note que deux fois des lésions unguéales, mais il y a lieu de croire, qu'il n'a retenu que les lésions graves des ongles. En effet, comme nous allons le voir, les lésions des ongles paraissent assez précoces dans les radiodermites.

Nous allons analyser ici, dans les observations que nous avons pu trouver, ce qu'il est dit des altérations unguéales dans les radiodermites professionnelles. Il semble qu'il faille faire une place à part aux cas, dans lesquels la radiodermite est intense. Aussi chez un radiographe, dont parle Dean, il y avait une suppuration sous-unguéale intense, et on fut obligé de pratiquer l'extirpation de trois ongles pour soulager le malade. Le plus souvent on a affaire à des radiodermites insidieuses chez des personnes qui reçoivent chaque jour une petite quantité de rayons. Les ongles subissent alors à la

longue une série d'altérations que nous allons trouver d'une façon assez constante, dans la plupart des observations.

Le moulage N° 1985 du musée de l'hôpital Saint-Louis représente la main d'un malade de Barthélemy. Il porte comme indication : « dermite chez un professionnel des rayons X, soumis à l'action des rayons depuis deux ans environ. Lésions trophiques des ongles ». Voici ce que nous avons observé. Les ongles sont d'une façon générale plus plats que normalement, ils paraissent également amincis et sont nettement striés dans le sens de la longueur. Certains sont en plus déformés et présentent des crêtes longitudinales mousses ; ce fait est surtout remarquable sur le médius, qui présente en son milieu un épaississement longitudinal qui donne à l'ongle l'aspect d'un toit à deux pentes.

Dans les annales de dermatologie de juillet 1902, Hallopeau et Gadaud ont rapporté un cas intéressant de radiodermite avec lésions unguéales. Le patient avait commencé en 1897 à faire en public des expériences sur les rayons X. Il montrait l'action de ces rayons et exposait sa main pendant quinze à vingt secondes sur un écran au platino-cyanure de Baryum, et cela huit à dix fois par jour. « Environ trois semaines après les premières expériences, la peau de la main exposée a commencé à donner une sentation de sécheresse et les poils sont tombés. Un mois plus tard, la desquamation a commencé, et deux mois après, des cannelures apparaissaient sur les ongles ; elles étaient beaucoup plus prononcées sur l'index et allaient, en diminuant, jusqu'à l'auriculaire. » Le malade cesse alors ses démonstrations, mais fait de la radiographie pendant cinq mois. « Alors surviennent des symptômes plus graves dans l'ordre suivant : les ongles se

ramollissent et tombent pour repousser à nouveau d'une façon irrégulière ; leur pourtour est le siège d'une inflammation douloureuse donnant une suppuration d'odeur fétide qui envahit la lunule, puis successivement toute l'étendue de l'ongle, dont elle provoque la chute. » Le radiographe cesse alors tout travail pendant plusieurs mois et peu à peu les accidents s'amendent. « Les ongles cicatrisent, mais ne repoussent ni à l'index ni au médius et sont difformes à l'annulaire et à l'auriculaire. Enfin, un an après, voilà les lésions unguéales telles qu'elles ont paru s'établir définitivement. « Les ongles du petit doigt, de l'annulaire et du pouce, sont cannelés ; ceux du médius et de l'index sont difformes ; il existe seulement, à leur place, un épaississement avec dureté marquée de la peau. A la main gauche, les ongles de l'annulaire et du petit doigt sont nettement cannelés. »

Jeanselme, en 1905, donne à la « *Tribune médicale* » l'observation d'un étudiant faisant de la radiographie depuis plusieurs années et qui voit apparaître sur ses mains une légère rougeur accompagnée de chaleur. Il n'y attache pas d'importance et continue ses travaux. « Trois mois après une phlyctène apparaît la douleur, devient vive, la peau se craquèle et prend une consistance parcheminée ; le malade cesse son travail ; dès ce moment il remarque que ses ongles sont cassants ; ils s'éffritent même peu à peu si bien que celui du pouce reste divisé en deux languettes. » Deux ans après, les ongles sont encore très altérés ; à la main gauche, les ongles des doigts exposés pendant la manœuvre de l'écran, sont grisâtres, friables et cannelés.

L'observation que Gougerot et de Baumann ont publié dans le bulletin de la Société française de dermatologie, est

particulièrement intéressante, car ils ont pu suivre leur malade pour noter l'état des lésions aux divers stades de leur évolution. Le malade était un radiographe qui commença à pratiquer vers 1898. La radiodermite débuta par un coup de soleil radiographique « Au bout de trois mois les ongles sont si amincis que le moindre choc les brise et les fait saigner. C'est la première période: tuméfaction, rougeur, augmentation des plis; les ongles sont grisâtres et présentent des striations longitudinales profondes. » « En 1905, les ongles sont tous striés longitudinalement; l'un, le quatrième, est fendue et présente une ulcération du bord libre, le troisième est fissuré. » Il existe de ce malade deux moulages que nous avons pu examiner. Ils datent de 1904 et 1905, donc du deuxième stade dont parlent les auteurs. Les ongles sont ternes, un peu jaunâtre; ils présentent des sillons longitudinaux assez profonds. Ils paraissent de plus notablement épaissis; celui de l'index gauche est légèrement tordu sur son axe et présente un peu l'aspect de griffe. L'annulaire et le médius présentent une fente longitudinale affectant toute l'épaisseur de l'ongle.

Pour terminer, donnons en quelques mots les lésions que nous avons pu observer chez un garçon de laboratoire qui fait depuis quinze ans de la radiographie.

H. B., 34 ans, après 6 à 8 ans de pratique, a vu apparaître une radiodermite des mains avec formation de kératomes puis d'ulcérations. Ce n'est que par la suite que les ongles ont été altérés. Voici les altérations que nous avons notées à la main gauche; tous les ongles sont un peu épaissis; ce fait est remarqué par le malade qui éprouve une certaine difficulté à les couper; leur coloration est jaunâtre, mais il

ne faut probablement pas attacher grande importance à ce caractère, car le malade fait de la photographie et manipule des révélateurs. Le caractère le plus typique est l'état cannelé de tous les ongles; ces cannelures ne sont pas régulières de grandeur, mais toutes strictement longitudinales. L'ongle de l'index et celui du médius présentent en leur milieu une fente longitudinale qui les sépare en deux fragments depuis la racine jusqu'à leur extrémité. La lame est encore transparente et laisse voir le lit; la lunule paraît avoir disparu. Ça et là, sur certains ongles se voient sur le lit, des taches rouge vif en forme de points ou de traînées. C'est probablement là, l'analogue des taches angiomateuses qu'on peut observer sur la peau du dos des mains. A noter aussi sous l'ongle du médius une tache violette plus grande qui paraît être du sang extravasé entre le lit et la lame. Au voisinage des fentes que nous avons signalées, les ongles paraissent un peu décollés. Nous n'avons observé aucune hyperkératose, mais à un certain point, sur un ongle vu par son bord antérieur, un état dissocié en forme de fibres longitudinales, de la table inférieure de la lame. A la main droite les lésions sont de même ordre; le médius a dû être amputé. Sur un moulage fait précédemment, le bord antérieur de cet ongle paraissait un peu épaissi. A l'index, l'ongle est séparé en deux languettes par une perte de substance médiane.

Comme on peut s'en rendre compte par la lecture de ces quelques observations, les lésions unguéales des radiodermites présentent véritablement certains caractères de fixité. Lorsque la radiodermite est intense, les ongles peuvent se détacher par ulcération du lit et suppuration (cas de Hallopeau, cas de Dean). Ils peuvent aussi s'effriter graduellement

à la suite d'un amincissement extrême. La disparition de l'ongle est parfois définitive comme la observé Hallopeau. Si les ongles sont plus légèrement atteints ou s'ils repoussent, ils présentent tous les mêmes altérations dans le sens longitudinal : striations ou cannelures. Ces cannelures sont assez irrégulières, les unes étroites, les autres plus larges. Elles peuvent parfois prendre l'aspect d'une véritable crête (cas de Barthelemy). L'aspect de l'ongle peut être un peu différent suivant qu'il est aminci, ou, au contraire, plus ou moins épaissi. On peut voir, en effet, par nos observations, que les deux éventualités sont possibles. Si l'ongle est aminci, il devient extrêmement fragile, il se fendille longitudinalement. C'est ce que nous avons pu observer chez un médecin radiologiste qui a eu, il y a huit ans environ, une radiodermite. Les ongles étaient finement striés et feuilletés à leur extrémité, de sorte qu'ils s'écaillaient facilement et s'accrochaient de façon désagréable aux vêtements. Quand les ongles sont épaissis ils gardent leur solidité, mais ils ne sont pas moins fendus dans certains cas dans toute leur longueur. Il faut donc voir la cause de cette altération dans une lésion profonde de la matrice. Notons la présence de points télangiectasiques sur la matrice et la possibilité d'hémorragies sous-unguéales. Dean cite même un cas de « nécrose des ongles par hemorragie sous-unguéale ».

Ce n'est pas le lieu de discuter la pathogénie de ces lésions unguéales. Il n'est pas douteux qu'elles sont dues pour une large part à l'action directe des rayons sur les cellules malpighiennes de la matrice ; mais on sait que Oudin et Barthélemy soutiennent l'origine nevritique des radiodermites en raison des symptômes de nevrite qu'on observe

parfois. Il est donc possible que certains altérations unguéales que nous avons décrites, soient en rapport avec des troubles trophiques. Nous ferons remarquer ici, sans insister davantage, combien certains ongles de radiodermite aminci, cassants et fissurés longitudinalement ressemblent à ceux que l'on voit dans certaines pelades décalvantes. Quoi qu'il en soit de ces diverses hypothèses, un fait paraît acquis en ce qui concerne les lésions unguéales des radiodermites, c'est qu'elles sont établies définitivement et n'ont aucune tendance à la guérison.

Les agents irritants dans les onychopathies professionnelles.

Les lésions des ongles ne sont pas rares dans les dermites professionnelles et cela se conçoit, ces dermites étant le plus souvent localisées aux mains. Nous venons de voir deux types d'onychopathies qu'on a cru pouvoir individualiser, mais en fait toute profession suceptible de provoquer une irritation des téguments put, le cas échéant, amener des altérations unguéales plus ou moins marquées. Il suffit, pour s'en convaincre, de voir la liste des observations que nous avons pu prendre pendant quelques mois dans le service du Docteur Thibierge à l'hôpitaôl Saint-Louis. On voit que, quatre fois, il s'agit de ménagères manipulant l'eau fréquemment pour laver leur linge ou faire leur vaiselle; deux cas ont trait à des plongeuses de café, enfin, des deux dernières de nos malades, l'une exerçait la profession de plumassière et l'autre a eu une onyxis d'origine purement accidentelle. Ce sont donc les ménagères qui nous ont fourni le plus grand nombre d'observations d'altérations unguéales.

C'est qu'aussi les dermites des ménagères et des blanchisseuses sont celles qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer. Parmi les causes d'irritation suceptible de provoquer des lésions unguéales, nous devons donc mettre en première ligne l'eau ; mais il n'est pas douteux que les ingrédients qui y sont fréquemment ajoutés comme les cristaux de soude, l'eau de javel et même le simple savon contribuent pour une large part à l'apparition de la dermite. Ainsi, dans notre observation N° 6, l'abus que faisait la malade du carbonate de soude se constate à l'aspect luisant et dégraissé des téguments. On sait que les alcalins exercent en effet une véritable action dissolvante sur les cellules cornées de l'épiderme.

Dans l'observation N° 5 il semble qu'il faille faire intervenir divers ingrédients en usage pour nettoyer les cuivres. Enfin, chez un de nos malades, l'affection de l'ongle a été déclenchée de façon toute accidentelle par l'usage d'un produit de toilette destiné à dégager le repli épidermiques sus-unguéal de son adhérence avec l'ongle.

Notre observation N° 3 rapporte un cas assez curieux et probablement rare quand à la cause de l'irritation. Il s'agit d'une plumassière faisant usage de colle à base d'essence de pétrole et disposant une petite quantité de ce produit sur la face dorsale du pouce gauche en guise de palette.

Les observations publiées ayant trait aux altérations des ongles dans les dermites de cause externe, sont assez rares. Les agents irritants sont extrêmement variés de sorte qu'il est impossible d'attribuer à tel caustique une forme spéciale de modification unguéale. En 1909 Sachs a présenté un cas

d'eczéma des ongles dû à l'acide sulfurique; Cooper Foorster a observé deux cas d'altérations unguéales produits par des sels arsénicaux destinés à la conservation de pièces anatomiques; dans un cas de Ball Bey l'irritant est de la lessive de potasse; dans un moulage du musée Saint-Louis, dû à Gastou, c'est de l'essence de térépenthine, manipulée fréquemment par un imprimeur, qui a causé le mal. Nous avons personnellement vu un cas d'hyperkératose sous-unguéale, produite par la manipulation de teintures d'aniline. Parmi les composés organiques, suceptibles de produire des onychopathies professionnelles, il faut citer naturellement le sucre qui cause le mal des confiseurs; et immédiatement après la colle, dont l'action paraît entrer en ligne de compte dans l'observation de MM. Thibierge et Legrain dont nous parlerons plus loin.

Nous signalerons, pour terminer l'observation de Peyri, dans laquelle des débris végétaux incrustant les ongles chez une décortiqueuse de légumes, ont déterminé une périonyxis intense avec chute de l'ongle.

Il n'était, bien entendu, pas dans notre intention, par la brève énumération que nous venons de faire, d'épuiser la liste des causes suceptibles de provoquer des altérations unguéales ; ce n'est là qu'une indication qui montre combien ces agents sont nombreux et variés. On peut dire que toute cause, suceptible de provoquer une irritation de la peau vague, peut également donner naissance à une onychopathie et que parfois même l'ongle montre une certaine suceptibilité et en particulier une vulnérabilité plus grande vis-à-vis de l'infection.

Aspect des lésions unguéales dans les dermites artificielles.

Nous avons rapidement passé en revue les onychopathies par dermites que l'on a pu isoler et dont les caractères présentent assez de constance pour constituer des maladies professionnelles typiques.

Parmi le grand nombre de dermites de cause externe comportant des lésions unguéales et que nous sommes obligés, faute de mieux, de désigner sous le terme de dermites de cause banale, il n'est pas douteux que l'on arrivera à dégager de nouvelles affections professionnelles des ongles bien caractérisées. Pour le moment, force nous est de tirer simplement de la généralité des faits des conclusions qui mettent au moins un ordre provisoire dans la question.

Nous devons d'abord insister sur le fait, que les lésions de dermite ne sont pas univoques dans leur pathogénie. L'agent irritant peut, sans doute, produire in situ des réactions de la peau, dont la plus commune est la dermite eczématiforme; mais en lésant l'épiderme, il est aussi une cause indirecte d'infection. Ce qu'on observe sur la peau vague, se voit à plus forte raison sur les ongles, dont les replis et les rainures sont particulièrement favorables aux pullulations microbiennes. Il est également évident que dans la majorité des cas le corps qui produit la dermite, est en même temps le véhicule de produits plus ou moins septiques. C'est ainsi que l'eau, dont font usage les ménagères pour leurs travaux de nettoyage, est par définition plus ou moins polluée.

Ces considérations nous expliquent les deux principaux aspects sous lesquels se présentent les lésions unguéales des dermites professionnelles: ou bien les lésions infectieuses

prédominent et on a surtout une périonyxis plus ou moins intense et persistante sans lésions de la peau; ou bien l'agent irritant agissant directement provoque une dermite eczématiforme accompagnée de diverses lésions unguéales.

Ces périonyxis infectieuses présentent une physionomie assez particulière pour que White de Boston ait cru devoir les séparer des dermites professionnelles. C'est évidemment aller trop loin car la cause première de l'infection péri-unguéale reste bien l'irritation professionnelle; du reste, cet auteur l'avoue implicitement en déclarant qu'on observe surtout ces périonyxis chez les ménagères occupées au nettoyage de la vaisselle ou des planchers.

Nos observations N^{os} 5, 6, 7, 8, rentrent dans cette catégorie de faits; on y observe une périonyxis d'intensité variable mais sans réaction cutanée eczématiforme. Dans notre observation N° 8, en particulier, le mécanisme suivant lequel s'est fait l'infection du repli sus-unguéal, est assez typique. La malade a commencé à faire usage d'un produit de toilette irritant qu'elle a introduit dans la sertissure des ongles; une première réaction s'en est suivie, puis de nouvaux ongles se sont enflammés assez longtemps après, alors que l'usage de la drogue avait été abandonné; mais la malade nous a déclaré qu'elle se lavait jusqu'à vingt fois par jour dans l'eau d'un baquet qui servait également à une autre personne et qui n'était renouvelée que le matin. Il est ici évident que l'agent irritant a ouvert la porte à l'infection qui, sans doute, ne se serait pas produite sans cela. L'heureux résultat produit sur l'inflammation par l'usage d'un antiseptique, confirme encore sa nature infectieuse.

Nous n'avons pas observé, pendant le temps de nos investigations, de véritables suppurations péri-unguéales, mais il est évident que cette éventualité peut se produire.

Citons l'exemple de l'observation de Cooper Forster dans laquelle, au cours d'une dermite causée par des sels d'arsenic, l'auteur a noté une abondante production de pus qui a été cause du décollement unguéal. Le cas rapporté par Peyri est assez rare, quant à son étiologie; il s'agit d'une périonyxis chez une décortiqueuse de légumes; sous l'influence des débris végétaux (péricarpe de pois et de haricots) qui restaient incrustés dans les rainures des ongles, il s'est développé peu à peu une périonyxis intense. Les replis sus-unguéaux se gonflèrent et devinrent si tendus que la douleur s'irradiait jusque dans les avant-bras; puis la suppuration apparut et les ongles se détachèrent du lit tuméfié et s'exfolièrent. Toutes les lésions guérirent spontanément après que la malade eut laissé ses occupations. Les ongles malades étaient ceux des deux pouces.

Cette forme périonyxique a donc bien sa physionomie propre avec, au premier degré, un simple gonflement des bourrelets sus-unguéaux et intégrité de la peau, puis, lorsque l'infection est plus intense, une suppuration sous-unguéale et péri-unguéale plus ou moins abondante, pouvant amener la chute du phanère. Les lésions de l'onyxis des confiseurs sont complexes, mais le bourrelet en croissant de Poucet, ainsi que la suppuration et l'intégrité de la peau, la rapproche nettement de la forme dont nous parlons.

Dans l'autre éventualité, que nous avons signalée, on observe, au contraire, une réaction du type de l'eczéma, accompagnée de lésions unguéales variées. C'est dans cette

catégorie que rentrent nos quatre premières observations de dermite. Ici la forme de la réaction cutanée commandera l'aspect des modifications unguéales qu'il sera impossible en fait de distinguer de celui des eczémas d'origine interne. On y observe donc les sillons, les ponctuations, l'hyperkératose sous-unguéale, enfin toutes les modifications dont nous avons déjà parlé. On peut donc considérer comme acquis ce point qu'un grand nombre d'onychopathies par dermite se manifestant par des modifications semblables à celles de l'eczéma.

Dans la forme périonyxique l'ongle est loin d'être indemne. Voyons quelles modifications nous avons personnellement observées. Chez l'une de nos malades nous avons vu un décollement des ongles qui persistait depuis plusieurs années. Leur aspect opalin doit être attribué à ce décollement et à l'état irrégulier de la face inférieure de la lame. On peut rapprocher ce fait de celui de Cooper Forster dans lequel il y a eu également décollement des ongles avec formation de pus, puis persistance du décollement avec un état sec et mat des ongles. L'irritant en cause était un sel d'arsenic. Dans notre cas il s'agissait de produits utilisés pour nettoyer les objets de cuivre. Dans notre observation N° 6 on observe un état de sécheresse extrême de la peau, avec un certain épaississement de l'épiderme de la face palmaire de la main chez une domestique qui faisait abus du carbonate de soude; les lésions des ongles consistaient surtout en un aspect bombé dans le sans antéro-postérieur et sur les doigts où la périonyxis était le plus intense en quelques sillons transversaux.

Chez la plongeuse, dont nous rapportons l'histoire dans notre 7e observation, on observe des sillons transversaux et des ponctuations disposées en arc de cercle.

Enfin, dans notre dernière observation, les modifications de la lame consistent en sillons transversaux parfois assez nombreux pour donner à la lame l'aspect d'une valve de coquillage, en un aspect gris et fibreux au fond de ces sillons et, sur un ongle, une petite zone déprimée triangulaire. On voit que les modifications observées n'ont rien que de très banal et ne s'éloignent pas de ce qu'on peut observer dans l'eczéma. Du reste ces lésions peuvent être infiniment plus variées; White, dans son statistique, qui porte sur 68 cas de périonyxis, a observé surtout des dépressions transversales, mais parfois (15 fois) aussi de l'hyperkératose sous-unguéale; c'est dire qu'ici aussi toutes les modifications sont possibles.

Dans les observations que nous avons pu prendre personnellement, qu'elles se rattachent à une forme ou à l'autre, on remarquera qu'il s'agit surtout de modifications superficielles de l'ongle. Il semble donc que la région sus-unguéale soit réellement plus vulnérable et qu'elle participe de la susceptibilité particulière de la peau du dos des mains. Les lésions du lit paraissent au contraire plus rares; mais nous avons signalé que l'observation du Dr. Boutelier, que nous avons placée avec les eczémas, aurait pu trouver place parmi nos observations de dermite, puisque la malade était une plongeuse de restaurant. Or, comme on peut le voir, les lésions y sont caractérisés par une hyperkératose abondante. Nous pourrions en dire autant de notre observation d'eczéma N° 10. L'importance du terrain pathologique chez ce malade

nous a incliné à le considérer surtout comme un eczéma d'origine interne; mais il n'est pas douteux que la cause immédiate de son onychopathie n'ait été dans les irritations auxquelles l'exposait son travail de garçon de pharmacie.

Nous devons citer également comme exemple d'hyperkératose sous-unguéale d'origine professionnelle, le cas d'un malade dont nous n'avons pu malheureusement prendre en détails l'observation. C'était un jeune ouvrier, dont le travail consistait à teindre avec un tambon imbibé de couleurs d'aniline, des feuilles de gélatine. Le bout des doigts était donc constamment en contact avec la solution irritante. Il n'y avait aucune réaction péri-unguéale, ni de lésions de la lame elle-même, mais celle-ci était soulevée en avant par une hyperkératose résistante et élastique de deux ou trois millimètres; l'aspect était absolument comparable à celui que nous avons décrit dans notre observation d'eczéma kératosique. Il n'y avait aucune lésion de la peau, sauf une coloration rosée de l'épiderme dûe aux teintures manipulées. La main gauche n'avait absolument rien.

Nous avons dit que dans l'état actuel de la question il n'était pas possible de déterminer si, à un irritant donné correspondait une modification unguéale constante. Nous voulons montrer combien les faits sont complexes et se laissent difficilement enfermer dans un cadre quelque peu précis. C'est ainsi que Labelle a décrit des modifications de la peau et des ongles chez les plongeurs, qui correspondent certainement à la majorité des cas, mais il ne faudrait pas en conclure que les plongeurs ne sont suceptibles que de présenter cet aspect déterminé; ainsi les deux observations de malades exerçant ce métier, nous montrent des lésions toutes diffé-

rentes : de la périonyxis, des ponctuations, des sillons transversaux et des ondulations ; autant de modifications qui ne font pas partie des symptômes du mal des plongeurs. Par contre, il n'y avait ni hyperkératose sous-unguéale, ni épaississement de la peau.

Un moulage du musée de l'hôpital Saint-Louis dû à Danlos, nous montre chez un plongeur des altérations bien plus considérables encore que celles que nous avons observées. Les ongles sont en grande partie détachés et le lit paraît à nu et fongueux surtout dans la région qui avoisine le repli sus-unguéal. A la partie antérieure la lame paraît ramollie, jaunâtre et gondolée ; il n'en reste qu'un fragment sur l'index. Les replis sus-unguéaux sont relativement peu enflammés, probablement parce que l'affection en a son déclin. On voit donc que l'affection décrite par Labelle correspond à une catégorie de faits évoluant chez des plongeurs sans réaction eczémateuse ni infectieuse, mais que ces deux éventualités peuvent se produire.

Le mal des confiseurs présente certainement une individualité plus marquée. La nature particulière de l'agent irritant, qui est un produit organique favorable aux infections, doit probablement lui imprimer certains de ses caractères distinctifs. Mais il n'est pas impossible que des onychopathies produites par des corps analogues au sucre ne puissent pas rentrer dans le cadre qu'ont tracé Poncet et ses élèves ; l'observation rapportée dernièrement par MM. Thibierge et Legrain tendrait à le faire penser. L'occupation de la malade consistait à coller des étiquettes sur des boîtes de gâteaux ; elle avait constamment les doigts imprégnés de colle et peut-être aussi de débris sucrés. Les symptômes étaient les mêmes

que ceux observés dans le mal des confiseurs et on remarquait en particulier sur l'un des ongles la coloration brune signalée par Poucet. Comme on le voit, l'étiologie est un peu différente, mais on retrouve dans la colle les caractères d'un produit organique favorable aux pullulations microbiennes et autres. Car il n'est pas impossible, que la coloration brune qu'on observe dans la maladie de Poucet, ne soit pas due à une mycose. Cela ne changerait du reste rien à la nature professionnelle de la maladie, pas plus que la présence de microbes pyogènes.

Nous devons dire quelques mots de certains caractères qui sont propres aux onychopathies de natures professionnelles et qui peuvent, dans une certaine mesure, faciliter le diagnostic. La localisation des lésions étant subordonnée à l'action d'un agent irritant ou septique, dépend naturellement du genre de manipulations auxquelles se livre le malade. Le plus souvent les mains sont inégalement affectées, la main droite étant la plus malade, puisque dans la majorité des cas c'est aussi la plus active. Le fait est noté par Chaussende et Labelle; exception qui confirme cette lois générale, les gauchers peuvent voir leurs lésions siéger surtout à la main gauche, la malade de notre observation N° 4 nous a ainsi avoué être gauchère. Labelle a fait la même remarque chez un de ses malades. Dans les professions, dans lesquelles la cause de l'onychopathie se trouve dans le contact d'un liquide, dans lequel plongent les mains du malade, on note très fréquemment une prédominance des lésions au niveau de l'ongle du médius. Souvent la maladie commence par ce doigt et s'y trouve quelque temps limitée; le fait est noté par Chaussende et nous l'avons nous-mêmes observé dans la plupart de nos

observations de dermite (obs. 1, 2, 5, 6, 7). L'annulaire paraît venir en seconde ligne à ce point de vue, mais cela est beaucoup moins certain. Il faut, pensons-nous, voir la cause de l'irritation plus fréquente de ces doigts au fait qu'ils sont davantage en contact avec les liquides, beaucoup plus qu'à une sensibilité particulière.

Avant de terminer ce chapitre, nous voulons attirer l'attention sur l'intérêt qu'il y a pour le médecin à connaître ces onychopathies professionnelles et à les rattacher à leur cause. Ce serait une erreur de croire que les malades sachent toujours à quoi s'en tenir à ce point de vue. Personnellement nous les avons vus plusieurs fois attribuer leur mal à un mauvais état général. Ils ont souvent de la peine à penser qu'un métier, qu'ils exercent souvent depuis longtemps, puisse brusquement leur provoquer ces inconvénients. Le médecin pourrait donc se laisser égarer et le traitement institué restera sans effet, puisqu'on aura pas supprimé la cause.

Pour illustrer ce que nous disons, nous rapporterons le fait suivant qui nous paraît significatif. Un moulage dû à Danlos, dont nous avons parlé au cours de ce travail, et qui représente des lésions unguéales intenses, mais sans altération de la peau, avait été étiqueté : lésions unguéales de nature indéterminée, et placé dans la vitrine consacrée aux troubles trophiques des ongles. Au cours d'un travail de reclassement, effectué récemment au musée, le Dr. Thibierge, voyant ce moulage, pensa de suite à une onychopathie d'origine professionnelle ; en se rapportant au registre d'entrée, il vit en effet qu'il s'agissait d'un plongeur de restaurant et put ainsi rétablir le diagnostic.

En terminant ce chapitre, nous tirerons donc, pour nous résumer, les conclusions suivantes. Les onychopathies d'origine professionnelle constituent un groupe de faits qu'il est important pour le praticien de connaître.

Le mal des confiseurs, le mal des plongeurs et les altérations unguéales des radiodermites des opérateurs, sont assez individualisées pour mériter une place parmi les affections autonomes.

Il y a lieu de penser que, dans le groupe des onychopathies professionnelles, dites de cause banale, on arrivera à individualiser d'autres types morbides. Pour le moment on peut les diviser en deux grandes classes, l'une périonyxique de nature infectieuse surtout, et l'autre caractérisé par une réaction de forme eczémateuse. Dans l'un et l'autre cas les lésions de la lame ne paraissent pas s'éloigner beaucoup des lésions que l'on observe dans l'eczéma des ongles.

OBSERVATION I

(Personnelle.)

Chre.... Claire, 35 ans, femme de ménage. La malade ne présente rien à retenir dans ses antécédents; elle exerce son métier de femme de ménage depuis de longues années, mais n'a jamais eu d'atteinte de dermite. Elle manipule l'eau fréquemment pour faire la lessive ou la vaiselle. Le début de la dermite des mains date d'un an et est survenu à la suite, dit la malade, des chagrins causés par la mort de son mari.

La malade présente une dermite bilatérale des mains de forme eczémateuse avec œdème prononcé et suintement. Les lésions occupent la face dorsale et la face palmaire; à la face dorsale on voit des vésicules de petite dimension, la plupart déjà rompues et représentées par des puits épidermiques suintants. A la face palmaire il y a seulement de la rougeur et de la disquamation.

Lésions des ongles. Main droite.

Pouce. Le repli sus-unguéal participe à l'œdème général sans être particulièrement enflammé. La lame présente une série d'ondulations transversales.

Index. Repli à peu près normal, la lame présente quelques ondulations transversales.

Médius. Le repli sus-unguéal est rouge et œdématié. Immédiatement au devant du repli est une dépression transversale ou l'ongle paraît aminci et fragile. Au-dessous est une zone normale, mais toute la partie antérieure de l'ongle est déprimée sur une surface de six à huit millimètres. Cette surface présente une série de sillons juxtaposés transversaux à bords nets étroits et d'aspect grisâtre.

Annulaire. La lame porte quelques ondulations transversales. Il y a en outre quelques striations longitudinales visibles seulement à jour frisant.

Auriculaire. Quelques cannelures longitudinales, quelques bosselures.

Main gauche. Pouce. Repli normal. Sur la lame deux ponctuations à la partie moyenne.

Index. La lame présente un état légèrement cannelé longitudinalement.

Médius. Sur la lame quelques bosselures; deux ponctuations à bords écailleux.

Annulaire. Cinq ponctuations irrégulièrement disposées.

Auriculaire. Légères cannelures.

OBSERVATION 2

(Personnelle.)

Fer.... L., 19 ans, plongeuse. Au point de vue héréditaire rien de particulier. La malade souffre depuis un an d'une urticaire intermittente. Elle travaille depuis quatre mois dans un restaurant comme plongeuse; elle rinçait les verres et avait

constamment les mains dans l'eau. Un mois après le début de ce travail elle eut une poussée de dermite qui guérit après application de pommade. Actuellement nouvelle poussée. Les lésions sont celles d'une dermite eczématiforme strictement limitée à la face dorsale des doigts. La main droite surtout est malade, mais à gauche les mêmes lésions existent aussi étendues en surface, mais d'intensité moindre.

Main droite. Index. Le dos des derniers phalanges est légèrement œdématié, rose et couvert de vésicules de la grosseur d'un grain de mil et non encore ouvertes. Aucune altération de l'ongle.

Médius. Les lésions sont ici intenses; le bout du doigt est nettement œdématié; la face dorsale des deux dernières phalanges est couverte de fines vésicules dont la plupart sont rompues et laissent sourdre une sérosité abondante. Le repli sus-unguéal est gonflé; sa surface est érodée et rouge. Entre le repli et l'ongle on voit sourdre un suintement eczémateux caractéristique. La lame présente les altérations suivantes: le tiers inférieur est sain; puis on voit une ondulation légère en arc de cercle et qui correspond vraisemblablement à la poussée inflammatoire d'il y a trois mois. Entre cette ondulation et le repli sus-unguéal la lame est criblée de ponctuations disposées sans ordre. Plusieurs de ces ponctuations, par leur réunion, forment de petites surfaces au niveau desquelles l'ongle a desquamé superficiellement. Immédiatement au-devant du repli est une dépression transversale assez profonde. A noter aussi auprès du premier sillon une tache blanche de la grosseur d'une lentille.

Auriculaire. Ponctuations plus ou moins confluentes qui inférieur de la lame est sain, au-dessus est une dépression transversale; puis une zone criblée de ponctuations. Au niveau de la racine comme sur l'ongle précédent est une brusque dépression transversale. A l'angle du repli sus-unguéal et de la rainure latérale, l'ongle manque sur une surface de trois millimètres; autour de cette perte de substance l'ongle est décollé. Au-dessous la région correspondante du lit apparaît à nu, rouge et exulcéré. A la partie moyenne de la lame on voit une tache blanche.

Auriculaire. Ponctuations plus ou moins confluentes qui font une surface inégale. Il y a aussi quelques cannelures lon-

gitudinales. Sur le bord cubital comme sur l'annulaire il y a une petite perte de substance. Sur le bord de cette brèche l'ongle est décollé et d'aspect feuilleté. Le lit est rouge, mais non suintant.

Main gauche. Les lésions y sont moins intenses.

Index. La lame présente quatre ponctuations régulièrement disposées en arc.

Médius. Deux ponctuations. *Annulaire.* Deux ondulations transversales; deux ponctuations.

OBSERVATION 3

(*Personnelle.*)

Lau.... Charlotte, 26 ans, plumassière. Rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou personnels. La malade est mariée, a quatre enfants bien portants et nourrit le dernier qui a deux mois. Les conditions étiologiques de la dermite actuelle sont assez particulières. La malade est plumassière dans un atelier de confection de chapeaux de femme. Le travail consiste à coller des plumes; voici comment s'y prennent les ouvrières. Un récipient contenant la colle est sur la table. Avec un pinceau elles étendent une petite quantité de cette colle sur la face dorsale du pouce gauche. C'est sur cette palette naturelle qu'elles prennent avec la plume le peu d'agglutinant qui est nécessaire pour fixer la plume. La colle est une dissolution de caoutchouc dans de l'essence de pétrole.

Alors que la malade travaille depuis l'âge de 13 ans, ce n'est que depuis un an qu'est apparu la dermite actuelle. L'éruption a commencé par une rougeur avec gonflement de la peau de la face dorsale du pouce, exactement sur le point où est déposée la colle. Dans la suite il y a eu des vésicules et du suintement. Les mêmes accidents étant survenus chez plusieurs ouvrières, elles font actuellement usage d'une petite palette en métal qu'elles placent sur le pouce. Aussi la malade ne présente-t-elle plus aujourd'hui que des lésions atténuées.

On ne voit plus sur le dos du pouce qu'un état squameux, mais le repli sus-unguéal est encore légèrement œdématié. Quant à l'ongle il présente sur toute sa surface une série d'ondulations transversales occupant surtout la partie moyenne. Ces ondulations ont environ un millimètre de large et atteignent le repli sus-unguéal, ce qui montre que la dermite est plus longue à

s'éteindre au niveau de la matrice que sur la peau vague. Sur le bord cubital de l'ongle, non loin de la racine, la lame est soulevée par une hyperkératose résistante et élastique sur une zone de trois ou quatre millimètres. Sous l'influence de ce soulèvement la lame s'est fendue transversalement sur une longueur de quatre à cinq millimètres. La malade précise le fait que, au moment où les lésions étaient à l'état aigu, l'ongle était décollé sur le point et qu'il s'y produisait un léger suintement.

Sur l'annulaire de la main droite s'est localisé un foyer de dermite sans que la malade puisse dire que ce doigt est plus exposé que les autres au contact de la colle. Les lésions paraissent ici à l'état aigu. Le bourrelet sus-unguéal est œdématié et la lame présente vers la racine une brusque dépression. Cette zone a un aspect opaque et dépoli.

OBSERVATION 4

(Personnelle.)

Leig.... Elisabeth. 49 ans, femme de ménage. La malade ne présente pas d'antécédents dermatologiques. Elle a une bonne santé habituelle. De tout temps elle a fait des ménages et manipulait l'eau pour la lessive ou la vaisselle, sans voir apparaître le moindre eczéma. C'est au moment de la ménopause que les premières poussées de dermite ont apparu. Au dire de la malade les deux ongles actuellement atteints l'ont été dès le début. Voici l'état actuel des lésions.

La malade présente une dermite eczémateuse occupant par plaques irrégulières la face dorsale des mains et des doigts, la racine des pouces et la partie inférieure des avant-bras. L'eczéma est à la période de desquamation, mais on voit ça et là quelques puits épidermiques suintants. Les deux ongles malades sont ceux de l'index et de l'annulaire de la main gauche; comme nous l'avons dit, ils ont été atteints dès le début de l'affection et n'ont cessé de pousser de façon défectueuse même entre les poussées de dermite.

Index. Le repli sus-unguéal est œdématié, un peu rouge et présente ainsi que la face dorsale, des deux dernières phalanges, des lésions d'eczéma: desquamation, croûtelles et quelques points suintants. La lame unguéale présente une série de sillons transversaux étroits et profonds qui paraissent faits avec un instrument tranchant. Ces sillons ont une largeur de un milli-

mètre environ et sont séparés par un égal intervalle d'ongle normal. Le fond de ces sillons est incrusté de poussière et gris, ce qui donne à l'ensemble de l'ongle l'aspect d'une valve de coquillage. Ces sillons sont surtout profonds à la partie médiane de l'ongle, leur forme est celle d'arc à concavité supérieure. Les lésions de l'annulaire sont analogues, mais beaucoup moins accusées.

OBSERVATION 5

(*Personnelle.*)

Trem.... M. L., 33 ans, domestique. La malade est domestique depuis l'âge de 18 ans. Il y a trois ans, elle s'aperçut que ses ongles devenaient fragiles et douloureux à la partie antérieure, ainsi que vers le repli sus-unguéal qui était rouge et gonflé. Le médecin qui vit la malade à ce moment accusa les liquides destinés à polir le cuivre, dont se servait souvent la malade. Obligée par son métier à continuer l'usage de ces produits, les lésions évoluèrent: les ongles se décollèrent et restèrent en cet état. De temps en temps le repli sus-unguéal s'enflammait et la malade remarquait par la suite l'apparition d'un sillon transversal sur l'ongle correspondant.

État actuel. La malade a eu, il y a six mois, une poussée très aiguë qui lui a fait cesser tout travail. Les mains sont saines.

Main droite. Pouce. Repli sus-unguéal légèrement épaissi; la lame est tombée il y a un an. Il était détaché du lit et ne tenait plus que par la racine. Il a été arraché accidentellement. Actuellement la lame est de coloration jaunâtre, opaline et opaque. Sa surface est fortement bombée; dans la partie avoisinant le repli il y a des stries longitudinales assez fines. Cette lame fait une sorte de pont au-dessus du lit, dont elle est détachée sur les côtés. Sur le lit très légère hyperkératose.

Index. Aspect un peu opalin opaque; repli sus-unguéal un peu rouge et œdématié; la lame est bombée dans les deux sens.

Médius. Le repli sus-unguéal est rouge et œdématié; le repli épidermique a disparu. Il y a des sillons transversaux assez nets et des ondulations à fond rugueux et opaque. L'ongle adhère au lit.

Annulaire. Le repli sus-unguéal était très enflammé, il y a un mois, d'après la malade. Actuellement légère rougeur.

[illegible] jaunâtre. *Auriculaire.* Normal.

[illegible] normale. Ongle détaché du lit jaunâtre et opaque. Sillons transversaux marqués surtout sur les côtés.

Index. Péronyle un peu épaissi, lame jaunâtre décollé à la partie antérieure. Quelques stries transversales sur les côtés.

Médius. Le péronyle est très enflammé surtout à l'angle cubital; la lame présente des sillons transversaux dans la région qui avoisine cette inflammation. Elle est fortement bombée et à la partie antérieure elle est détachée du lit.

L'examen microscopique n'a pas montré de mycose.

OBSERVATION VI

Personnelle.

Louise Per..... 20 ans, domestique. Au point de vue héréditaire rien à noter. La malade n'a été réglée qu'à 18 ans. Elle a une bonne santé ordinaire. Depuis l'âge de 15 ans elle est placée comme domestique. Elle manipule l'eau fréquemment pour son travail. Elle fait usage de cristaux de soude et d'eau de javel. Au début de l'été 1925 apparurent les premiers symptômes au médius droit dont la peau de l'extrémité devint rouge, tendue et se gerça peu après. L'ongle commença à se déformer, à se bomber, en même temps que le repli ungéal devenait rouge et œdémateux. Deux mois plus tard, les autres doigts étaient pris de façon analogue. Depuis lors les lésions sont à peu près celles que l'on voit aujourd'hui.

Lésions de la main droite. Les doigts sont fléchis et comme retractés vers la paume. Si on essaie de les étendre, on provoque une douleur vive due à l'état parcheminé de la peau de la face palmaire des doigts. A la pulpe des doigts, les crêtes papillaires ont disparu et l'épiderme a un aspect vernissé et fendillé. Les plis normaux à la racine des doigts sont exagérés et parfois exulcérés.

Main droite. Lésions unguéales. C'est le médius qui est le plus atteint; le repli ungéal est très œdématié et rouge. L'ongle est surtout remarquable par son aspect bombé dans le sens antéro-postérieur. Sa transparence est normale et laisse voir un lit fortement congestionné. Il y a trois ondulations transversales parallèles. Si on presse sur la lame, on provoque une

vive douleur au niveau du lit. L'index et l'annulaire présentent des lésions semblables, mais moins accentuées.

La main gauche est à peu près normale; le médius seul présente une légère rougeur du repli sus-unguéal.

Il n'y a aucune hyperkératose sous-unguéale, et jamais on n'a constaté le moindre suintement. Traitement: cesser de toucher à l'eau. Application d'huile d'amandes douces et de pâte à l'Ichtyol. Huit jours après l'amélioration est évidente. La mobilité des doigts est complète. Les replis sus-unguéaux sont moins rouges et moins douloureux.

OBSERVATION 7

(*Personnelle.*)

Cof.... Juliette, 30 ans. plongeuse. Il faut noter seulement que la malade n'a été réglée qu'à 19 ans. Actuellement les règles sont régulières, mais peu abondantes. Depuis sept ans, la malade travaille dans un café comme plongeuse. Les premiers symptômes de la maladie ne sont survenus que depuis quatre mois environ. Les lésions ont apparu à peu près simultanément des deux côtés; il est impossible de préciser quel doigt aurait commencé à être malade. Dans l'ensemble l'affection se présente comme une inflammation du manteau sus-unguéal avec apparition consécutive sur l'ongle correspondant de sillons transversaux.

Main droite. Pouce. Le repli sus-unguéal est très légèrement rouge; sur la lame on ne remarque que deux ponctuations.

Index. Il est peu atteint, on y voit seulement un peu de gonflement du péri-ongle; sur la lame, vers le bord libre, se voient cinq ponctuations régulièrement alignées sur un arc transversal.

Médius. Le manteau est enflammé, rouge, tendu et atteint environ trois millimètres d'épaisseur; en avant du repli se voient deux sillons transversaux profonds, dont le fond a un aspect grisâtre et opaque.

Annulaire. Le manteau est enflammé surtout dans sa moitié cubitale. La partie correspondante de la lame seule est altérée. On y voit une dépression de deux millimètres environ au fond de laquelle sont des sillons transversaux.

Auriculaire. Sur la lame quelques ponctuations très discrètes.

Main gauche. Pouce. Un peu d'inflammation péri-unguéale sans altération de la lame.

Index. Inflammation surtout du côté externe du repli; la lame présente un sillon transversal profond et étroit et quelques ondulations du même côté cubital.

Médius. Il est très atteint, le bout du doigt paraît gonflé et rouge; le repli est très tuméfié, surtout dans sa moitié externe qui atteint quatre millimètres d'épaisseur. Vers la racine de l'ongle sa surface est ravinée grise sur une étendue de trois millimètres. En avant sont une série d'ondulations. Dans son ensemble lame est bombée. Sous le repli on voit une sérosité jaunâtre et gommeuse.

Annulaire. Du côté interne le manteau est rouge et œdémateux. Du même côté l'ongle présente un sillon transversal étroit et profond.

Sur aucun ongle nous n'avons constaté d'hyperkératose sous-unguéale.

OBSERVATION 8

(*Personnelle.*)

Mme H...., 42 ans. Bibliothécaire de gare. La manipulation des journaux noircissant les mains, la malade se les lave fréquemment jusqu'à vingt fois par jour. La malade est très soigneuse de ses mains et de ses ongles. Elle détruit régulièrement l'adhérence de repli sus-unguéal; il y a deux mois, elle fit usage d'un produit destiné à libérer cette adhérence et à empêcher l'incrustation des poussières dans les replis unguéaux. Le lendemain de l'application du liquide dont nous ignorons la nature, il apparut une inflammation du repli sus-unguéal du médius droit. A quelques jours de là nouvelle application de la drogue qui fut suivie de nouvelles inflammations. La malade cessa alors de faire usage du produit, mais l'inflammation n'en persista pas moins et même de nouveaux doigts, qui jusqu'alors étaient sains, furent atteints par l'inflammation. L'annulaire droit a été le premier malade; quant à l'index droit, qui est actuellement le plus altéré, n'est enflammé que depuis un mois environ, c'est-à-dire vingt jours au moins après l'application du produit incriminé. Il faut donc admettre que l'abus des lavages est pour quelque chose dans l'étiologie de l'affection, et cela avec d'autant plus de raisons que la malade nous a avoué que la bibliothèque étant éloignée de tout lavabo, elle n'avait

à sa disposition, pour ses ablutions qu'un seau d'eau dont usait également la personne qui l'aidait dans son travail; elle attribue du reste elle-même la cause de son mal à la malpropreté de cette eau.

Main gauche. Pouce. Le repli est un peu enflammé et œdématié, la lame présente à quelques millimètres du repli un sillon transversal étroit et profond. Le fond de ce sillon est gris, d'aspect fibreux et se laisse dissocier avec la pointe d'une aiguille.

Index. Il y a un peu de périonyxis sur le côté cubital de l'ongle. Quelques stries longitudinales qui seraient normales d'après la malade.

Médius. Actuellement le repli sus-unguéal et sain. Il était très enflammé il y a deux mois. La lame présente en effet à cinq millimètres du repli, un sillon transversal en arc à fond grisâtre.

Auriculaire. Le repli sus-unguéal est légèrement rouge mais il a été plus enflammé. La lame présente, à cinq millimètres du repli, du coté radial une dépression triangulaire où l'ongle est aminci et altéré.

Main droite. Pouce. Le repli sus-unguéal présente à l'angle cubital une tuméfaction de deux à trois millimètres d'épaisseur; le limbe est sain.

Index. C'est l'ongle de ce doigt qui est le plus altéré. Le repli sus-unguéal présente une tuméfaction en croissant; la peau y est rouge et tendue. La lame est modifiée dans sa forme générale. Elle est fortement bombée dans le sens longitudinal. De plus, sur une longueur d'un centimètre à partir de la racine, l'ongle présente une série d'ondulations régulières en arc de cercle, qui lui donnent l'aspect d'une valve de coquillage.

Médius. C'est l'ongle de ce doigt qui a été le premier atteint. Actuellement le repli est sain, mais la lame porte à 8 millimètres de la racine, un sillon transversal d'un millimètre de large et d'aspect gris et fibreux.

On prescrit à la malade d'éviter les lavages trop fréquents des mains, et l'application sur les replis sus-unguéaux d'emplâtre rouge de Vidal.

Deux mois après, nous avons revu la malade; les replis sus-unguéaux étaient normaux et la guérison paraissait complète. Nous devons dire que dans l'intervalle la patiente, sur le conseil d'un médecin, avait fait usage de teinture d'iode qui, d'après elle, aurait eu le plus heureux effet sur l'inflammation.

DIAGNOSTIC

Arrivés au terme de cette étude et avant de faire le diagnostic différentiel avec les autres onychopathies, il est logique de comparer d'abord entre elles les trois affections dont nous nous sommes occupés.

Ce travail est facilité par la façon dont nous avons procédé ; il suffit de rapprocher les deux analyses que nous avons faites des lésions du psoriasis et de l'eczéma pour voir apparaître rapidement les analogies et les différences. Or, il faut bien l'avouer, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'identité d'un grand nombre d'altérations. C'est donc sur ce fait qu'il faut d'abord insister puisqu'il ressort clairement de l'analyse des faits : ni les ponctuations, ni les sillons transversaux, ni les ondulations, ni l'état opaque et l'aspect fibreux de la lame, ni son amincissement ou son épaississement, son décollement ou sa chute, ne sont des symptômes propres à l'eczéma ou au psoriasis. On peut également les observer dans les deux affections et dans d'autres encore. C'est là, en somme, le syndrome de l'inflammation chronique du derme unguéal affectant la nutrition de l'ongle quelle que soit la cause de cette inflammation.

Ces symptômes ne peuvent donc permettre que de faire le diagnostic du siège de l'inflammation, qui affecte la région sus-unguéale, la matrice ou le lit de l'ongle, elles ne permettent pas de préjuger de la nature de cette inflammation.

Toute tentative pour faire de l'une quelconques des altérations, dont nous venons de parler, un symptôme de l'eczéma ou de psoriasis, a fini à un échec. On sait ce qui s'est passé pour les ponctuations, signe décisif tantôt d'une affection, tantôt de l'autre : les sillons transversaux en escalier décrits par Ancel dans le psoriasis, n'avaient pas eu plus de succès. Cette première constatation que nous venons de faire, a pour effet de simplifier la symptomatologie trop riche et partant un peu confuse des affections dont nous nous occupons. Car nous ne prétendons pas que l'eczéma et le psoriasis des ongles n'aient que des analogies. Nous pensons, au contraire, qu'il est certains caractères qui les distinguent nettement l'un de l'autre.

Disons d'abord qu'il existe, dans l'eczéma des ongles, un signe qui, pour être rare et difficilement observable, n'en n'est pas moins pathognomonique : c'est la présence sur le lit de petites taches kyalines qui ne sont autres que des vésicules ; mais il faut avouer que ce symptôme est très éphémère et que, du reste, l'opacité de la lame empêche le plus souvent de voir le lit.

Les altérations qui, à notre sens, donnent à l'eczéma et au psoriasis des ongles leur physionomie propre découlent des caractères essentiels de ces dermatoses qui font de l'une une affection humide et suintante et de l'autre une affection sèche et uniquement squameuse. En effet, dans l'eczéma typique de l'ongle, la lame en contact avec l'humidité qui suinte du lit acquiert une certaine plasticité : elle se gondole et se déforme de mille façons jusqu'à prendre l'aspect chiffonné dont nous avons parlé. Cette déformation se fait le plus souvent, grâce à la poussée de l'hyperkératose sous-unguéale.

fréquemment la lame, adhérant au lit par son centre et soulevée par les bords, prend l'aspect « en cuiller » qui, lorsqu'il est très accentué, ne peut s'expliquer que par une mollesse relative de la lame. Lorsqu'on observe ces gondolements de l'ongle, on peut poser le diagnostic d'affection suintante; même, lorsqu'au moment de l'examen les lésions sont absolument sèches.

Dans le psoriasis, au contraire, affection sèche, la lame conserve ses propriétés d'élasticité et de résistance; on pourra, bien entendu, observer des boursouflures, résultant de dépressions transversales, mais non par ces gondolements irréguliers ni l'aspect en cupule.

Un deuxième caractère distinctif est celui de l'aspect de l'hyperkératose sous-unguéale dans les deux affections. Dans l'eczéma, ces néoformations ont un aspect croûteux et sont parfaitement résistantes. Nous pensons que la dureté de l'hyperkératose de l'eczéma est aussi une conséquence du suintement gommeux qui unnente en quelque sorte les éléments kératosiques.

Le psoriasis donne une hyperkératose d'un tout autre aspect. Les squames absolument sèches s'accumulent entre le lit et l'ongle qu'elles soulèvent d'un bloc sans le déformer. Elles n'ont aucune cohésion et si on en presse un fragment entre les doigts, cette simple pression a pour effet de le réduire immédiatement en poudre extrêmement fine. De plus, cette hyperkératose est blanche au lieu que celle de l'eczéma est grise et parfois presque noire. L'aspect terne et jaunâtre de la lame dans l'eczéma est également, à notre avis encore une conséquence de l'exsudat qui imbibe les cellules unguéales. Nous devons, du reste, ajouter que, si cet aspect dur,

noirâtre et amorphe de l'hyperkératose de l'eczéma, correspond à la majorité des cas; on observe aussi parfois au-dessous de l'ongle eczémateux, des squames d'aspect gras, jaunâtres et assez larges. Il est fort possible que ce soit là l'effet d'infections secondaires. Sabrazès l'a noté dans un eczéma primitif des ongles, accompagné de prurit anal. Dans nos observations 9 et 10 nous avons vu cet aspect sur quelques ongles. Lorsque les lésions croûteuses de l'eczéma sont très anciennes et sèches, elles peuvent aussi s'effriter et se résoudre en poussière sur quelques points, comme dans notre observation N° 10.

On voit donc que même l'aspect de l'hyperkératose présente des exceptions dont il faut tenir compte et qui ne sont pas faites pour faciliter le diagnostic. De même, dans le psoriasis rubra ou le psoriasis aigu avec tendance au suintement (obs. de Danlos), il ne faut pas s'attendre à trouver une hyperkératose blanche et friable, mais, au contraire, une masse cornée plus ou moins dure.

Pour être complets, nous devons dire que le psoriasis localisé au lit avec son aspect de verre fumé, est assez caractéristique; nous ne croyons pas, par contre, que les ponctuations de Schültz aient une grande valeur diagnostique à cause de la difficulté de les distinguer des flammèches hemorragiques de l'eczéma. L'hyperkératose dure et élastique qui soulève le bord de la lame, nous paraît propre à l'eczéma kératosique et n'est, certainement, jamais d'origine psoriasique.

Nous ne dirons qu'un mot des altérations des ongles dans les dermites artificielles; dans un grand nombre de cas elles sont semblables à celles qu'on observe dans l'eczéma,

ou bien il s'agit d'une forme périonyxique avec infection plus ou moins marquée des replis; la localisation à droite la prédominance des lésions au médius doit faire penser à une origine professionnelle. L'onychorrexis et les lésions unguéales qu'on observe dans la pelade, pourraient être difficiles à distinguer des altérations des radiodermites. La présence de télangiectasies peut mettre sur la voie du diagnostic. En général il suffira d'y penser et d'interroger le malade pour dépister une onychopathie professionnelle.

Deux affections présentent, avec les onychopathies que nous avons étudiées, des ressemblances assez grandes pour en rendre le diagnostic parfois bien difficile par la simple inspection, ce sont les onychomycoses et les onyxis syphilitiques.

Les mycoses unguéales, la tychophytie et le favus surtout, qui sont les plus fréquentes, doivent souvent survenir à titre de complication dans l'eczéma; mais l'affection isolée à des caractères qui lui donnent une physionomie propre. Bien que Dubreuilh ait montré que les onychomycoses puissent débuter par la racine et provoquer la chute de l'ongle, d'une façon générale la trychophytie unguéale commence par le bord libre. Il se produit une hyperkératose friable, d'aspect moelle de jonc, la lame prend un aspect opalin, vieil ivoire ou brunâtre; ces colorations se montrent dans la masse unguéale et affectent l'aspect de traînés longitudinales qui vont s'effaçant vers la racine. Puis la lame se dissocie, en lamelles ou fibrilles, il se produit des soufflures à la surface de l'ongle qui s'effritent aussi dans leur partie antérieure le plus souvent. Le favus des ongles a à peu près les mêmes symptômes mais l'intégrité de la lame s'observe plus fréquemment et

celle-ci se trouve soulevée par une hyperkératose plus ou moins abondante qui, avec le temps, peut tomber et laisser l'ongle décollé du lit; le diagnostic pourrait être difficile si la coexistence presque constante du favus au cuir chevelu ne mettait sur la voie.

Les mycoses unguéales présentent ce fait de grande difficulté de diagnostic avec l'eczéma et même le psoriasis de l'ongle, et il faut poser en principe que dans toute onychopathie primitive il faut commencer par éliminer les mycoses par l'examen microscopique de l'ongle et au besoin la culture. Nous ferons remarquer que la mise en évidence de nouveaux parasites végétaux dans un certain nombre de cas d'onychogryphose par Weil et Gaudin, rendent encore cette obligation plus pressante.

Il faut savoir que la recherche des mycoses unguéales est parfois difficile et doit être fait avec soin et persévérance. Il est bon d'utiliser la technique utilisée par MM. Weil et Petges, qui donne le plus de chances de succès : ne pas se contenter de racler la face externe de l'ongle, mais le nettoyer aussi bien que possible et le couper aseptiquement avec un bistouri à cartilage; prélever alors des fragments dans les petits godets et les fissures qui ont un aspect « pourri » de couleur ocre. Faire de préférence le prélèvement au voisinage de la matrice. Ce sont ces fragments qui, utilisés, soit pour l'examen direct dans la solution de potasse à 40%, soit pour la culture, donneront le plus de chances pour déceler le parasite.

On devra également, avant de poser le diagnostic d'eczéma ou de psoriasis des ongles, penser aux diverses manifestations de la syphilis sur ces phanères.

Les périonyxis ulcéreuses et fongueuses ne peuvent guère prêter à confusion; mais l'onyxis sèche est suceptible de montrer la plupart des altérations qu'on trouve dans l'eczéma ou le psoriasis. On a observé des ponctuations, l'hyperkératose en moelle de jonc (Fournier) et naturellement aussi les dépression et des sillons transversaux. Le décollement et la chute des ongles sans grande réaction fera penser à la syphilis. Une papule syphilitique secondaire du lit pourrait avoir des analogies avec l'eczéma en plaques dont nous avons parlé; dans les deux cas en voit en effet une perte de substance unguéale, mais la présence de papules similaires sur la peau vague enlève toute possibilité d'hésitation.

On se rappellera que la syphilis unguéale est une manifestation en général précoce de l'infection et dans les cas douteux le wasserman pourra trancher la question. Les lésions unguéales qu'on observe dans le pityriasis rubra pilaire pourraient offrir des difficultés de diagnostic si elles n'étaient accompagnées de lésions de la peau, mais le fait n'a pas été signalé. L'ongle est jaune, non déformé, mais soulevé du lit par une hyperkératose résistante bien que d'aspect plus poreux que la lame.

Nous avons vu les affections qui peuvent vraiment prêter à confusion avec celles que nous avons étudiées; les infections pyogènes de l'appareil unguéal sont d'un diagnostic assez facile pour que nous n'ayons pas à le discuter. Signalons toutefois que, pour Sabaraud il est impossible de différencier une épidermite squameuse staphylococcique localisée sous-unguéale d'une papule de psoriasis; mais il faut dire

ici que nous ignorons tout des altérations des ongles dans certaines affections proches de l'eczéma, comme les séborrhéides et les épidermites microbiennes. Les observations de Unna et de Andry n'ont rien montré de caractéristique; c'est une des raison pour lesquelles nous nous sommes limités dans notre étude au psoriasis et à l'eczéma types des ongles.

En résumé, les lésions unguéales sont beaucoup moins spécifiques que ne pourrait le faire supposer leur aspect figuré qui a frappé tous les observateurs. Si l'on pratiquait pour toutes les dermatoses pouvant accidentellement se localiser aux ongles, les mêmes analyses que nous avons faites pour l'eczéma, le psoriasis et les dermites artificielles, on arriverait probablement, dans ce sens, à des conclusions plus générales encore. L'exemple suivant tendrait à le montrer. Le moulage N° 2618 du musée de l'hôpital Saint-Louis, dû à Balzer et Sevestre, représente une main atteinte de lésions dites eczémateuses de mycosis fongoïde. Les ongles ont disparu, mais le lit est couvert d'une hyperkératose épaisse blanchâtre d'aspect mamelonné, absolument comparable à celle qu'on observe dans le moulage de psoriasis unguéal dû à Darier et dont nous avons donné la description. Nous ferons remarquer que les lésions de la peau comme celles des ongles avaient un aspect absolument sec. C'est dire que mêmes les modifications que nous avons données comme relativement constantes et caractéristiques dans l'eczéma et le psoriasis ne doivent permettre, à l'état isolé, qu'un diagnostic de probabilité. Les lésions pathognomoniques sont encore à trouver et peut-être n'existent-elles pas.

Traitement.

Nous serons brefs sur le traitement des affections que nous avons étudiées, car le plus souvent nous n'avons pu revoir nos malades, ni par conséquent juger de l'efficacité des topiques que nous avions appliqués. Il est reconnu que le psoriasis et l'eczéma des ongles sont d'un traitement difficil. Cela tient à l'impossibilité de mettre le médicament en contact avec le derme unguéal malade. En principe le traitement est celui des dermatoses qui ont provoqué l'onychopathie.

Dans l'eczéma, à la période aiguë et suintante, on fera usage de cataplasme de fécule de pomme de terre; mais dès que l'inflammation sera calmée, on appliquera des pommades à l'ichtyol, au goudron, à la résorcine, sans craindre d'agir énergiquement.

Le psoriasis relève de l'huile de cade; ici il sera parfois possible d'appliquer le médicament sur le lit en détachant l'hyperkératose friable qui soulève l'ongle. Il faut aussi employer des médicaments plus énergiques comme la carysarobine à 5 à 10% en pommade comme l'indique Dubreuilh, mais en ayant soin de faire porter des doigtiers en caoutchouc pour éviter le contact de cette substance irritante avec les yeux.

En ce qui concerne les dermites artificielles, une première indication se pose: éloigner la cause de l'irritation. Souvent on sera amené à faire changer de profession au malade; parfois l'emploi de moyens de protection, comme des gants en caoutchouc sera suffisant. Il faut savoir que, malgré cela, certaines onychopathies par dermite sont assez longue

à guérir, car l'eczéma évolue pour son compte, ou bien il s'est produit une infection péri-unguéale qui entretient l'inflammation, aussi ne faut-il pas négliger l'antiseptie de l'ongle; l'emploi de teinture d'iode de 100° est particulièrement recommandable car il n'est pas irritant et peut être plusieurs fois renouvelé; de plus la diffusibilité de l'alcool lui permet de pénétrer facilement dans les rainures unguéales.

Lorsque le repli sus-unguéal est enflammé, notre maître, le docteur Thibierge, recommande l'application continue d'emplâtre rouge de Vidal. Dans certains cas d'eczéma unguéal, dans lesquels l'hyperkératose est intense, il est bon d'user à la lime ces néoformations. On a proposé même l'excision chirurgiale de l'ongle lorsque l'affection est particulièrement tenace et gênante; mais l'opération est assez délicate et si la matrice est enlevée, on observe des mutilations définitives du phanère.

En Allemagne, Schindler a proposé l'emploi des rayons X pour le traitement des maladies des ongles; il préconise les fortes doses capables de provoquer un érythème. En France, on préfère une méthode plus douce. Le docteur Cottenot nous a dit obtenir des résultats satisfaisants avec la dose de 4 H qu'il est loisible de renouveler. Il n'a pas eu à se louer, au contraire, d'un traitement plus énergique.

Intérêt médico-légal des altérations unguéales.

Nous devons signaler l'importance que présentent au point de vue médico-légal les lésions unguéales que nous avons étudiées. Déjà les sillons transversaux ont été invo-

qués comme preuve d'une maladie générale en particulier par Chavigny. Il est évident que les altérations unguéales des affections dont nous nous sommes occupés, peuvent, par leur fixité, apporter d'utiles renseignements au médecin légiste. Alors qu'un eczéma des mains sera par exemple parfaitement guéri, les altérations des ongles témoigneront de cette dermatose longtemps après cette guérison.

C'est surtout les lésions unguéales des dermites professionnelles qui présentent au point de vue qui nous occupe un réel intérêt. Aubertin a attiré l'attention sur le fait que le mal des conciergers par la spécificité et la constance des lésions unguéales pourrait rendre de grands services en médecine légale. Labelle a fait la même remarque au sujet du mal des plongeurs ; mais il faut étendre cette notion à toutes les professions dans lesquelles la manipulation de produits irritants est suceptible d'amener des altérations de ces phaneres. Les modifications de la lame comme les ondulations et les sillons se déplacent avec elle et donnent, par conséquent, la possibilité de connaître, dans une certaine mesure, l'époque de l'inflammation matricielle qui les ont provoquées. Nous disons dans une certaine mesure, car on ne saurait être trop prudent dans une affirmation de cet ordre : la vitesse d'accroissement de l'ongle (1 m/m par semaine environ) étant suceptible d'augmentation ou de diminuation dans les états pathologiques. De même, suivant le nombre de sillons transversaux, il sera possible au médecin d'apprécier la chronicité plus ou moins considérable de l'affection unguéale.

On admet qu'au bout de quatre mois environ, la lame a poussé de sa longueur ; par conséquent, passé ce délai, on ne trouverait plus aucune indication d'irritation matricielle ;

si, au contraire, les altérations portent sur le lit, leur persistance est infiniment plus grande. Dans notre observation d'eczéma N° 10, le malade n'avait eu aucune poussée aiguë depuis trois ans et pourtant l'hyperkératose était encore considérable et parfaitement adhérente au lit.

Les altérations unguéales des radiodermites méritent à notre point de vue d'être placées à côté de celles du mal des plongeurs et des confiseurs pour leur importance médico-légale. Elles sont très tenaces, peut-être même définitives, et peuvent constituer les derniers témoins d'une radiodermite professionnelle, alors que les autres lésions cutanées ne sont plus appréciables à l'exception pourtant de l'état glabre du dos des mains. Il est vrai que l'aspect des ongles peut parfois ressembler à l'onychorrexis décrite par Dubreuilh, mais la présence de télangiectasies ou d'hémorragies sous-unguéales trancherait le diognostic.

Il sortirait du cadre de cette étude d'insister davantage sur cette valeur médico-légale des altérations unguéales ; il nous aura suffi de montrer que cette question n'était pas sans intérêt.

CONCLUSIONS

Voici brièvement résumées les conclusions que nous pensons être en droit de tirer de notre travail.

1° La plupart des altérations que l'on observe dans l'eczéma et le psoriasis des ongles, n'ont aucune spécificité. Elles indiquent seulement le siège de l'inflammation sur le derme formateur de l'ongle. Tel est le cas des ponctuations, des ondulations, des sillons transversaux, des cannelures longitudinales, de l'état opaque et fibreux de la lame, de son épaississement ou de son amincissement des flammèches hémorragiques, enfin de l'inflammation du bourrelet sus-unguéal. La fréquence plus ou moins grande de ces altérations ne peut non plus pas permettre d'établir le diagnostic. Ainsi, d'après la statistique de White de Boston, on trouverait les ponctuations dans 20% des cas d'eczéma et dans 40% des cas de psoriasis; mais pour Dubreuilh ces ponctuations seraient, au contraire, plus fréquentes dans l'eczéma.

2° Les lésions qui nous ont paru présenter certains caractères de spécificité, sont: pour l'eczéma l'état gondolé et parfois chiffonné de la lame ainsi que son aspect terne et jaunâtre; la nature de l'hyperkératose, qui est croûteuse, dure et noirâtre. Pour le psoriasis l'aspect non déformé de l'ongle qui est soulevé d'une pièce par l'hyperkératose du lit; enfin la nature de cette hyperkératose qui est blanche,

parfois nacrée et peut, par simple pression entre les doigts, se réduire en fine poussière.

3° Ces caractères servent surtout à distinguer l'un de l'autre eczéma et le psoriasis unguéaux. Ils résultent, pensons-nous, de la nature même de ces dermatoses : sèche pour le psoriasis, suintante pour l'eczéma.

4° Les dermites artificielles, d'origine externe et le plus souvent professionnelle, provoquent deux types principaux d'oncyhopathies.

Une forme eczémateuse dans laquelle les lésions unguéales ne se différencient pas de celles qu'on peut observer dans l'eczéma. Une forme périonyxique de nature surtout infectieuse pouvant dans les cas aigus aller jusqu'à la suppuration et au décollement de l'ongle. Les lésions de surface de la lame sont peut-être un peu moins fréquentes, mais ne présentent aucune originalité.

Trois types d'onychopathies professionnelles présentent une réelle individualité. Ce sont : le mal des confiseurs, le mal des plongeurs et les altérations unguéales des radiodermites des opérateurs.

5° La grande ressemblance des affections que nous avons étudiées avec les mycoses unguéales, impose l'examen microscopique et même la culture, chaque fois qu'elles se présentent comme des maladies isolées.

6° La connaissance des onychopathies sur lesquelles a porté notre étude et particulièrement celles résultant de dermites professionnelles, présente un réel intérêt pour le médecin légiste.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verrons pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je soie couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

BIBLIOGRAPHIE

SUCHARD. — Des modifications des cellules du lit de l'ongle dans quelques cas pathologiques (*Arch. de phys.*, 1882, t. X, p. 445).

DELIOUX. — Eczéma des ongles (*Union médicale*, 1887, p. 817).

F. DE LA HARPE. — *Revue médicale de la Suisse romande* (1888, n° 2).

J. SABRAZÈS. — Eczéma primitif des ongles (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, janv. 1890).

A.-H. LEVRIER. — Contribution à l'étude de l'eczéma des ongles (*Thèse*, Bordeaux, 1890).

BALZER et [illegible]. — Eczéma primitif des ongles (*S. f. D.*, 10 juin 1909, p. 240).

AUDRY. — Lésions des ongles au cours d'une seborréide eczématisante (*S. f. D.*, févr. 1901 ; *R. d. D.*, févr. 1901).

DUBREUILH et FRÈCHE. — Eczéma des ongles (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 14 avril 1901).

LION. — *Berliner dermatologiche Gesellschaft* (5 juin [illegible]).

BESNIER. — *Pratique dermatologique* (article « Eczéma »).

HELLER. — Eczéma striatum medianum unguium (*B. D. G.*, 3 mars 1903).

ANCEL. — Des ongles (*Thèse*, Paris, 1868).

FRÈCHE. — Quelques cas de psoriasis unguéal (*Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1897, p. 517).

MENZAU. — Contribution à l'étude du psoriasis unguéal (*Annales de dermatologie*, 1893, p. 418).

SMITH. — *Psoriasis of the nail* (*British medical journal*, London, 1883).

VÉRITÉ. — Le psoriasis herpétique aux eaux de la Bourboule. Psoriasis superunguéal. (*Annales de la Société d'hydrol. méd. de Paris*, t. XXI, 1876).

BUSSIÈRE et DUBREUILH. — Psoriasis des ongles (*Journal de médecine de Bordeaux*, 12 juin 1904).

SIBLEY. — *Case of psoriasis onychogryphosis and rhumatoïd arthritis* (*P. S. of London British journal of Dermatology*, [illegible]).

FORDYCE. — *Case for diagnostic psoriasis or eczéma* (*N.-Y S. D.* fév. 09 ; *Journ. of. Cut. Dis.*, mai, 1909).

GOTTHEIL. — *Psoriasis of the nail bed* (*Manhattan dermatological Soc.*, 6 nov. 1908 ; *Journ. of cut. dis.*, juill. 1909, p. 320).

MACKENZIE. — *Psoriasis of nails with Rheumatism* (*B. J. Derm.*, mai 1907, p. 184).

LEBOWSKY. — *Psoriasis of the nail* (*N. Y. Academy of Medecine, dermat. sec.*, *Journ. of cut. dis.*, juill. 1907, p. 317).

ABRAHAMS. — *Psoriasis of the nails* (*Manhattan dermatol. Soc. Journ. of cut. dis.*, juillet 1907, p. 327).

HUTCHINSON. — *British medical journ.* (1887).

FOGGIE. — Un cas de psoriasis des ongles (*Scottisch medical and surgical journal*, mai 1901).

DANLOS. — Psoriasis avec localisation sur les extrémités et chute des ongles (*Bull. Soc. d. Der.*, 1900, p. 194).

ALBERTIN. — Note sur le mal des confiseurs (*Gazette hebdomadaire*, mars 1884).

BAU. BEY. — Affection singulière des ongles causée par la lessive de potasse (*Gazette médicale de Paris*, 1875).

CHAUSSANDE. — Du mal des confiseurs (*Thèse*, Lyon, 1888-89).

PONCET. — Note relative à une variété d'onyxis propre aux confiseurs (*Bull. d. l'Ac. de Médecine*, Paris, 1889, t. XX, p. 332).

STRAUSS. — Onyxis professionnel des confiseurs (*Deut. medizini. Wochenschrift*, 2 mai 1912).

THIBIERGE et LEGRAIN. — Perionyxis et mélanonychie par contact de matières sucrées (*Bull. Soc. Derm.* n° 6, 1921, p. 229).

LABELLE. — Mal des plongeurs (*Thèse*, Paris, 1898).

PEYRI. — Sur la perionyxis professionnelle des décortiqueuses de légumes (*Acta dermo. sifilográficas*, avril 1913).

HELLER. — *Die Krankheiten der Nägel* (1900).

MRACEK. — *Handbuch der Hautkrankheiten* (1905).

BROCQ. — *Dermatologie pratique*.

SABOURAUD. — *Dermatologie topographique*.

THIBIERGE. — *Pratique dermatologique* (article « Dermites artificielles »).

WHITE. — *Clinical study of* 485 *cases of nail disease* (*Medic. and Surg. Journ.*, nov. 13 - 1902).

BARTHÉLEMY. — Dermite chez un professionnel des rayons X (*Bull. de la Soc. franç. de Derm.*, 1898, p. 333).

JANSELME. — Radiodermite professionnelle (*Tribune médicale*, 30 déc. 1905, p. 823).

GAUCHERON et DE BEURMANN. — Un cas de radiodermite (*Bull. de la Soc. franç. de Derm.*, 1905, p. 290).

HALLOPEAU et GADAUD. — Radiodermite (*Annales de Dermatologie*, juillet 1902, p. 714).

DEAN. — Les victimes de la radiodermite en Angleterre (*Tribune médicale*, juillet 1908, p. 449).

ARNOZAN et W. DUBREUIHL. — La trichophitie des mains et des ongles (*Archives cliniques de Bordeaux*, janvier 1892).

BEAU. — De certains caractères de sémiotique générale présentés par les ongles (*Archives générales de médecine*, 1846 ; *Gazette des Hôpitaux*, 1860, pp. 398-434).

Vu :
Le Doyen.
COULET

Vu :
Le Président de la thèse.
M. VEDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur
DERRIEN